

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Coletiva

MARCELA CECI DOHMS

ENSINO-APRENDIZAGEM DA COMUNICAÇÃO MÉDICO-
PACIENTE, NA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES, EM UMA
ESCOLA BRASILEIRA E DUAS EUROPEIAS: DESAFIOS E
PERSPECTIVAS PARA A EDUCAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

Florianópolis – SC, 2011

MARCELA CECI DOHMS

ENSINO-APRENDIZAGEM DA COMUNICAÇÃO MÉDICO-
PACIENTE, NA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES, EM UMA
ESCOLA BRASILEIRA E DUAS EUROPEIAS: DESAFIOS E
PERSPECTIVAS PARA A EDUCAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Charles Tesser

Coorientadora: Profa. Suely Grosseman

Florianópolis – SC, 2011

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

D655e Dohms, Marcela Ceci

Ensino aprendizagem da comunicação médico-paciente, na percepção de estudantes, em uma escola brasileira e duas européias [dissertação] : desafios e perspectivas para a educação médica brasileira / Marcela Ceci Dohms ; orientador, Charles Dalcanale Tesser. - Florianópolis, SC, 2011.

94 p.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde pública. 2. Médico e paciente. 3. Saúde - Comunicação. 4. Educação médica. 5. Comunicação interpessoal. I. Tesser, Charles Dalcanale. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

*Ao Paulo,
deliciosa parceria
nos prazeres e
angústias dessa vida.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Charles Tesser, por uma orientação equilibrando autonomia e direcionamento, de maneira reflexiva e pedagógica.

Agradeço a minha coorientadora Suely Grosseman, pela parceria e sincronicidade no compartilhamento de temas que nos encantam, com uma orientação dialógica e humana.

Também ao Prof. Marco Da Ros e Luiz Roberto Cutolo, que foram modelos docentes importantes na minha formação, fontes de estímulo de pesquisa no tema e contribuíram na qualificação desse estudo.

A todos os meus colegas do Núcleo de Pesquisa em Educação Médica (NEPEME) e aos colegas e professores do curso de Mestrado da UFSC.

Agradeço aos amigos e parceiros de trabalho no Centro de Saúde Saco Grande, em especial, ao Vinícius, Ronaldo, João, Fernanda, Lysiane, Janaína, Marly, Igor, Rosa, Murilo e Bibiana, pelo apoio nas dificuldades e por demonstrarem na prática, que é possível manter uma comunicação em equipe saudável, afetiva e reflexiva.

Aos meus alunos e residentes, pela compreensão pelas minhas ausências e pelo estímulo nas reflexões sobre Educação Médica.

Aos pacientes, por me ensinarem muito a respeito da relação médico-paciente.

A todos os amigos de Curitiba, que mesmo à distância, se mostraram sempre presentes, em especial à Juliana, Leisiane, Allan, Renata, Adelson, Magda e Renato.

Aos outros amigos de Florianópolis que contribuíram com a amizade e apoio, em especial Juliana, Renata, Deise, Gustavo e

Angélica. À Patrícia e Leandro, pela ajuda em sublimar os momentos estressantes. Ao amigo Tony, pela presença.

Aos colegas do Grupo de Comunicação e Saúde da Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade, por acreditarem e aceitarem a minha proposta de iniciar com o grupo de análise de filmagens de consultas, através da técnica de PBI.

Ao Grupo de Comunicação e Saúde da Sociedade Catalana de Medicina de Família, em Barcelona, pelo acolhimento, aprendizado e ajuda nos contatos para a pesquisa, em especial a Josep Maria Bosch e Manu Campinez.

Aos meus pais, Jubal e Cláudia, e avós, pelo estímulo, compreensão e apoio, através de uma educação emancipadora. Agradeço ao Jubal pela ajuda na revisão final.

Ao meu amigo e irmão Michel, pelo carinho e parceria.

RESUMO

Está bem estabelecida a necessidade da inclusão do ensino da comunicação no currículo das escolas médicas de forma sistemática. Objetivo: conhecer a percepção de estudantes de medicina de três escolas médicas de países diferentes (Brasil, Espanha e Holanda) e as potencialidades de cada uma destas escolas sobre o processo de ensino-aprendizagem da comunicação médico-paciente. Método: estudo exploratório qualitativo, com estudantes do último ano de medicina, através de entrevista semiestruturada, observação direta e análise temática de conteúdo. No Brasil, foram utilizados dados secundários de pesquisa similar. Resultados: as principais potencialidades encontradas foram a aprendizagem por modelos, com pacientes simulados, o uso da videogravação e a Atenção Primária à Saúde (APS) como ambiente de ensino. Conclusão: percebe-se que a associação dessas potencialidades no ensino, com inserção do estudante na APS desde o início do curso, inclusão de pacientes simulados e de videogravação podem maximizar a aprendizagem da comunicação médico-paciente.

Palavras-chave: relações médico-paciente; comunicação em saúde; educação médica; habilidades de comunicação

ABSTRACT

The need of the inclusion of communication skill in the curriculum of medical schools, in a systematic way, is well established. Objectives: to know the perception of undergraduate students of three medical schools from different countries (Brazil, Spain and Netherlands), and the potentialities of each of these schools in the process of teaching-learning the physician-patient communication. Methods: Qualitative exploratory study, with undergraduate students in the last year of medical course, through semi-structured interview and direct observation. Data analysis was carried out by thematic content analysis. Results: the main potentialities found were learning with role models, simulated patient and video recording as well as in the Primary Health Care (PHC) teaching environment. Conclusions: It is perceived that the association of those potentialities in the teaching, with the insertion of the students in PHC since the beginning of the course and the inclusion of simulated patients and video recording can maximize the learning of the physician-patient communication.

Keywords: physician-patient relations; health communication; education; Medical; communication skills

Sumário

1.Introdução.....	11
2.Justificativa.....	20
3.Objetivos.....	28
3.1Objetivos Gerais.....	28
3.2Objetivos específicos.....	28
4.Referencial Teórico.....	29
4.1.Atenção Primária como cenário de prática para o ensino-aprendizagem da comunicação médico-paciente...	30
4.2.A comunicação médico-paciente e a Integralidade.....	35
4.3.A comunicação médico-paciente e a Educação em Saúde.....	42
4.4.Estratégias metodológicas de ensino da comunicação médico-paciente.....	50
5.Metodologia.....	56
5.1.Cuidados éticos.....	61
6.Resultado e Discussão.....	63
7.Referências Bibliográficas.....	64
8.Apêndices.....	74
9.Artigo científico.....	76

Lista de Figuras

Fig. 1: Roda do Currículo de Comunicação/Consenso UK.....	17
Fig. 2: Medicina Centrada na Pessoa.....	41

1. Introdução

Um dos momentos estruturais da relação médica é a comunicação, isso é, o conjunto de principais recursos técnicos a que o médico deve apelar: o olhar, a palavra e o silêncio, o contato manual e a relação instrumental. Para comunicar-se com seu paciente, o médico lhe olha, lhe fala e lhe escuta, põe suas mãos e emprega os mais diversos instrumentos exploratórios e terapêuticos (ENTRALGO, 2003, p 152).

A origem da palavra “comunicação” vem do latim *communicare*, e tem o sentido de “compartilhar, participação em comum” (CLÈRIES, 2006). Assim, o termo comunicação clínica ou comunicação médico-paciente é usado neste estudo para se referir ao compartilhamento de informações e emoções que ocorrem na interação médico-paciente. Foi escolhido usar a palavra “paciente”, por ser historicamente a mais comum e aceita entre os profissionais (CLÈRIES, 2006), mas com a concepção de um ser ativo e não passivo, como a palavra pode subentender. Este termo foi preferido a outros que vêm sendo utilizados, como “usuário” ou “cliente,” porque estes podem trazer a noção de consumidor de serviços e esse estudo quer se referir ao sujeito da relação (GRACIA in ENTRALGO, 2003).

Como seres humanos em constante comunicação, todos têm a tarefa de tentar compreender o outro e buscar ser compreendidos. Além de compartilhar, comunicar-se é também arriscar. Somente compartilha quem se dispõe a arriscar-se. Começar a saber algo do outro é, em primeiro lugar, colocar em dúvida o que já se sabe ou o que se crê saber por terceiras pessoas e processar por si mesmo a informação. É estar aberto à surpresa. Saber algo do paciente exige reaprender nossa profissão (BORRELL, 2004).

Os médicos, em geral, têm uma relativa incapacidade para compreender os aspectos psicológicos do ser humano. Acostumados a ouvir e palpar, tendem a não acreditar em nada que não possa ser tocado ou percebido pelos órgãos sensoriais (NUNES in BALINT, 2005). Entretanto, os grandes médicos de todos os tempos foram observadores perspicazes das emoções humanas.

Willian Osler, médico filósofo, historiador e escritor canadense, que ficou conhecido como um dos médicos mais influentes da sua época, com respeitável autoridade no ensino médico em torno da década de 1890, demonstrava grande preocupação com o humanismo na Medicina (LIBRARY AND ARCHIVES CANADA, 2011).

Carl Rogers, psicólogo, que observou as relações entre psicólogos e seus pacientes na década de 40, concluiu em seus estudos, que a base

da relação terapêutica é o “senso de comunicação” alcançado na relação empática, onde o profissional precisa ser sensitivo aos significados dos sentimentos que fluem na outra pessoa, momento a momento. Além disso, estudou os fundamentos da abordagem centrada na pessoa (ROGERS, 1979).

Michel Balint, psicanalista, que analisou um grupo de médicos de Atenção Primária, em Londres, discutindo suas relações médico-paciente por um longo tempo nas décadas de 50 e 60, buscou realizar o que chamou de um estudo da farmacologia da “droga” mais usada em medicina, a substância “médico”. Procurou descrever então certos processos da relação médico-paciente, como os efeitos secundários indesejáveis e involuntários da substância chamada “médico” que, segundo esse autor, provocam sofrimento desnecessário, irritação e esforços infrutíferos tanto do paciente quanto do seu médico. Como, evidentemente, a substância “médico” encontra-se muito longe de uma padronização, cada uma possui seus próprios efeitos colaterais. Buscou estudar por que a droga “médico”, mesmo com o aparente cuidado com que é prescrita, não produz os efeitos desejados e quais são as causas deste envolvimento involuntário e como evitá-lo. Seu material de pesquisa vinha de experiências recentes relatadas pelos médicos do grupo com seus pacientes. Era estimulado que o médico desse uma descrição mais completa possível de suas reações emocionais frente a seu paciente ou mesmo de seu envolvimento emocional com o problema dele (BALINT, 2005).

Balint (2005) procurou estudar “o uso da compreensão de forma que ela tenha efeito terapêutico”. Seu estudo baseia-se nas próprias experiências do grupo, no que chamou de “a coragem da nossa própria estupidez”. Seus estudos valorizaram a capacidade empática e intuitiva do médico e foram de grande importância para a psicologia médica, na análise do efeito terapêutico da interação médico-paciente (BALINT, 2005).

O panorama atual observado em relação à comunicação clínica é de que, apesar do aumento de tecnologia, há uma insatisfação grande por parte dos pacientes e dos médicos, que se mostram frustrados em relação a sua profissão (MCWHINNEY, 1989). É o que Schraiber (2008) chama de crise atual dos vínculos de confiança, a partir de seu estudo com médicos brasileiros.

É preciso considerar o contexto de mudanças relacionadas à crise dos vínculos de confiança e o distanciamento entre o médico, paciente e familiares. Houve mudanças históricas importantes no tipo de doenças e perfil epidemiológico da população, que passou de uma prevalência de

doenças infectocontagiosas, para doenças crônico-degenerativas, mudando assim o tipo de tratamento, antes mais curativo, mais focado em um suposto determinante biológico, para um tratamento que necessita de abordagem de mudança de estilo de vida, que visa qualidade de vida mais que cura e com determinantes multicausais. (SCHRAIBER, 2008).

Outra mudança importante que teve influência na comunicação médico-paciente foi o processo de industrialização e tendência à especialização que ocorreu na sociedade. Como consequência, houve aumento dos aparatos tecnológicos, crescimento da indústria farmacêutica, mais medicamentos, encarecimento da Medicina, mercantilização da saúde e mudanças nos sistemas de saúde (público x privado), influenciando as relações. Além disso, essas mudanças trazem mais tarefas burocráticas para o médico e, assim, menos tempo para a interação com o paciente. A crescente especialização ocorrida no período acaba levando a uma despersonalização do exercício médico e perda de confiança dos pacientes e, conseqüentemente, um distanciamento moral e emocional (DINIZ, GUILHEM, 2002; SCHRAIBER, 2008).

A década de 60 foi marcada por movimentos sociais e surgimentos de organizações para reivindicação de direitos de vários tipos. Houve maior aprofundamento da discussão dos direitos civis e início dos movimentos sociais pela diversidade de opiniões, bem como reivindicações de direitos e questionamentos relacionados ao conhecimento científico e sobre a própria profissão médica (DINIZ, GUILHEM, 2002).

Surgiram então organizações de pacientes reivindicando maior autonomia e, em 1973, como símbolo da “rebelião dos pacientes”, fruto do descontentamento com a comunicação entre o paciente e equipe médica, a Associação Americana de Hospitais aprova a Carta de Direitos do Paciente, que garantia ao paciente o direito de receber informação completa sobre sua situação clínica e o compartilhamento de decisões, como adulto autônomo (GRACIA in ENTRALGO, 2003).

No Brasil, esse processo culminou com a Carta de Direito dos Usuários, que traz que o paciente e seus familiares têm o direito a receber informações claras sobre seu estado de saúde, respeito à sua cultura e crenças, acesso ao prontuário, liberdade de recusar algum procedimento médico e de não poder ser submetido a um exame sem saber (BRASIL, 2006).

A partir dessa insatisfação dos pacientes, muitos pesquisadores se aprofundaram no tema para tentar entender melhor essa problemática. As pesquisas com revisão de processo por erro médico verificaram que o principal motivo (71%) da abertura de processos, deve-se a conflitos na comunicação entre médicos e pacientes e não por problemas de competência clínica, sendo estes conflitos os efeitos de uma má relação (PENDLETON et al, 2007; LEVINSON et al, 1997).

Ao analisar entrevistas clínicas, foram observados vários problemas na comunicação médico-paciente. Por exemplo, 54% das queixas dos pacientes não são detectadas pelos profissionais e que em 50% das consultas, profissionais e pacientes não estão de acordo sobre o motivo principal da consulta (KURTZ et al, 2005). Nas pesquisas foi constatado que o paciente era desencorajado a falar sobre suas preocupações, expectativas e sua percepção sobre o adoecimento. Suas crenças e o impacto social, emocional e físico que a doença acarretava em sua vida também não eram levados em consideração (MAGUIRE; FAIRBAIRN; FLETCHER, 1986).

Foi realizado um estudo de coorte de 2004 a 2008, com 229 alunos do primeiro ano, do curso médico, em que ao final de cada ano os alunos respondiam a um questionário de empatia, que produzia um escore. O estudo mostrou que houve significativo declínio entre 73% dos estudantes nos escores de empatia entre o ano 0 e o ano 3. Ou seja, houve declínio na maioria, mas não em todos. As mulheres tiveram escores consistentemente mais altos em todos os anos e houve maior declínio entre homens. Tiveram escores mais altos os alunos que buscavam especialidades orientadas para pessoas (medicina de família, clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia) comparada com especialidades orientadas para tecnologia (anestesiologia, patologia, radiologia, cirurgia, ortopedia cirúrgica). Além disso, os que iniciaram com baixos escores perderam mais empatia comparados com que começou com escores mais altos (HOJAT et al, 2009).

A empatia é um estado emocional do entrevistador que lhe permite detectar emoções e demonstrar que captou esta emoção. Pode-se demonstrar que se compreende como o outro se sente de maneira verbal, através de expressões de solidariedade, ou não-verbal. Quando sentimos empatia nos oferecemos como possibilidade de ajuda (BORREL, 2004).

A hipótese para a queda da empatia, apresentada no estudo, é a falsa ideia de que empatia não tem importância no treinamento para a prática médica. A Educação médica historicamente promove um distanciamento das emoções do médico. A distância afetiva e neutralidade clínica são enfatizadas por um foco na ciência médica e

uma negligência da arte do cuidado médico, e levam à interpretação de evitar envolvimento interpessoal no cuidado do paciente (HOJAT et al, 2009).

Sabe-se que os modelos e métodos convencionais e a educação médica tradicional não vêm preparando adequadamente para os desafios diários da vida profissional (MCWHINNEY, 1989). Em geral, a formação social do médico é defeituosa. Em muitos países essa educação não suscita de forma suficiente a moral cooperativa do indivíduo. Apesar de haver avanços atuais em algumas escolas médicas, as faculdades de Medicina são com frequência cegas ou míopes frentes aos variados problemas que hoje interferem na relação médico-paciente (ENTRALGO, 2003).

Além disso, o referencial mecanicista ainda tem muita influência na formação e distancia o estudante de medicina do ser humano, da sociedade, corroborando sua visão de pertencer a uma elite com o “poder do saber”. Assim, no final do processo de aprendizagem o aluno está mais individualista e seu espírito de solidariedade – que deveria ser estimulado – tende a estar embotado. O aluno tende a deixar de reconhecer o “ser humano que adoecer” para considerá-lo o “objeto da doença a investigar”. Essa desconsideração humana vivenciada durante a formação, é refletida na atitude profissional na comunicação com os pacientes e equipe (GROSSEMAN, 2004).

Vários estudos apontaram que apenas o conhecimento teórico não é suficiente para um bom profissional, que é preciso ser capaz de comunicar-se bem com seus pacientes, e também com colegas e equipe (KURTZ, 2005; STEWART, 2000). Por isso, é necessária a discussão de novas técnicas de comunicação e de novos métodos centrados no paciente, ao invés de centrado nas doenças (MCWHINNEY, 1989).

Epstein propôs que o clínico é como um instrumento musical, que deve ser constantemente afinado para que faça boa música (EPSTEIN, 1999). A vontade de ajudar os outros e ser profissionais melhores é um desejo que deve atualizar-se periodicamente (BORRELL, 2004).

Assim, a formação médica tem papel essencial nesse processo de mudança. Após o acúmulo de evidências científicas de vantagens de um modelo de relação médico-paciente mais simétrica, houve a constatação da necessidade de se incrementar o ensino de habilidades de comunicação na formação médica e em sua inclusão no currículo de forma sistemática (STEWART et al, 1995; ROTER, 1997).

As deficiências encontradas nos estudos brasileiros que analisam a forma de conduzir consultas médicas são semelhantes às encontradas

na literatura internacional, de que os alunos são pouco capacitados para obtenção de dados sociais e psicológicos nas entrevistas médicas (MAGUIRE, 1976; BALLESTER, 2009).

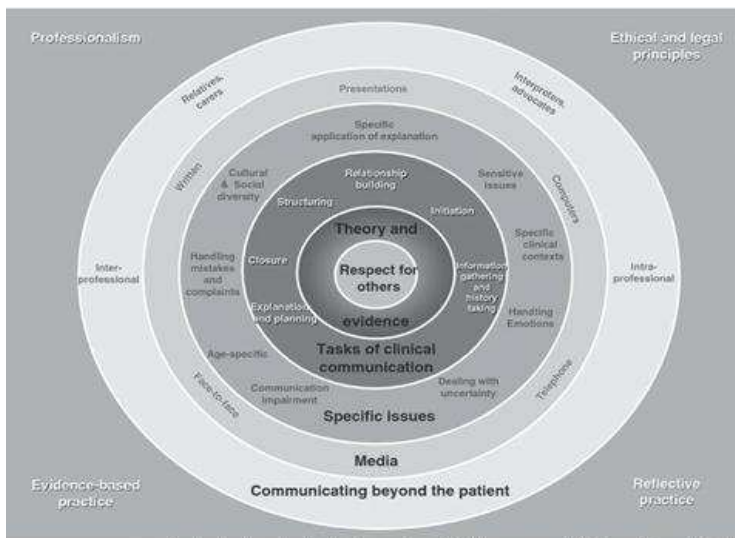
A partir da década de 90, começou a elaboração de consensos e diretrizes para o ensino das chamadas habilidades de comunicação nas escolas médicas, que incluem também as interações entre colegas e outros profissionais envolvidos no cuidado (SIMPSON, 1991; MAKOUL, 2001).

Para melhor definir as estratégias para o ensino das habilidades de comunicação, pesquisas de intervenção foram realizadas com médicos, pacientes e acadêmicos para avaliar os componentes associados à melhor qualidade da relação e sua efetividade (STEWART et al, 1995).

Os atributos considerados importantes para uma boa prática médica, segundo o General Medical Council em *Good Medical Practice* são: tratar todo paciente cordialmente, respeitar a dignidade e privacidade do paciente, ouvir o paciente e respeitar sua visão, dar informações aos pacientes de maneira que possa entender, respeitar o direito dos pacientes de estarem totalmente envolvidos nas decisões a respeito do seu cuidado e excelentes médicos respeitam o direito dos pacientes recusarem tratamentos ou exames (GENERAL MEDICAL COUNCIL, 2001).

Um dos consensos sobre currículo de comunicação mais atual e abrangente é o consenso de 33 escolas médicas do Reino Unido divulgado em 2008 (VON FRAGSTEIN et al, 2008). Ele recomenda que as habilidades de comunicação sejam ensinadas em todas as etapas da formação e que deve ser planejada de forma que ofereça oportunidades para revisão, refinamento e construção de habilidades com grau crescente de complexidade, de forma integrada às outras disciplinas e situações clínicas vivenciadas (PENDLETON et al, 2007).

A seguir está a figura 1, que resume as recomendações desse consenso:



Roda do Currículo de Comunicação / Consenso UK (von Fraustein)

Fonte: último Consenso de escolas médicas no Reino Unido (Von Fragstein et al, 2008).

A chamada “Roda do Currículo de Comunicação”, que tenta sistematizar todas as recomendações do último Consenso de escolas médicas no Reino Unido (VON FRAGSTEIN et al, 2008), que se assemelham às recomendações do guia *Calgary-Cambridge Guide to Medical Interview* (KURTZ et al, 2005), tem o valor respeito pelos outros, como eixo central, que está inserido no embasamento teórico. Ao redor desse eixo, há as tarefas da comunicação clínica, que é uma maneira didática de dividir habilidades que o aluno deve ter de acordo com as fases da entrevista (início da consulta, obtenção de informações, construção da relação, estruturação, fechamento, explicação e plano).

Recomendam que é importante que os estudantes estejam preparados para se comunicar em situações especiais como: comunicação de más notícias, lidar com o paciente nervoso ou brabo, comunicação em situações de emergência, onde é preciso saber acionar equipe rapidamente, demonstrar liderança, pensar e agir rapidamente em situações de estresse. Além disso, estar preparado para conversar sobre temas específicos como morte, sexo, abuso infantil, doença mental, aconselhamento sobre mudança de estilo de vida, saber lidar com reclamações e erros médicos, entre outros temas que merecem maior atenção no ensino.

Além desses aspectos, é importante que o aluno saiba lidar com a incerteza, lidar com prognóstico incerto, lidar com suas próprias emoções, comunicar-se com pacientes que geram insegurança, como o paciente *experto* e o paciente bem-informado e comunicar-se sobre sintomas médicos inexplicáveis. E que todas essas habilidades comunicacionais ocorram tanto pessoalmente, de maneira oral e escrita, com criação e manutenção de bons registros médicos, como por telefone, e por outros meios de comunicação.

Além disso, pelo Consenso entende-se que a comunicação adequada não deve se restringir apenas ao paciente, ou seja, o aluno de Medicina deve estar apto a se comunicar bem com os seus colegas médicos e de outras profissões, com a família e com outras pessoas que participem da consulta, aplicando habilidades de comunicação para facilitar entendimento com pacientes e seus familiares, envolvendo-os na tomada de decisões compartilhadas.

Os guias recomendam, ainda, sensibilidade para diversidade de fatores culturais e pessoais para melhorar interação com o paciente e comunidade. Comunicar-se através de diferentes idiomas e culturas e com pacientes com deficiências (mental, auditiva, visual, de aprendizagem...). E, como base de todo o ensino da comunicação médico-paciente, estão os princípios éticos, a prática reflexiva, o profissionalismo e a prática baseada em evidência.

A Medical School Objectives Projects of the Association da American Medical Colleges inclui as habilidades interpessoais e empatia entre os objetivos educacionais da graduação médica (HOJAT et al, 2009).

Atualmente considera-se que essas habilidades não são complementares nem opcionais, mas sim o centro de uma prática efetiva no cuidado em saúde (DENT, 2009). Comunicação é muito mais complexo que habilidades procedimentais e deve ser ensinada com o mesmo rigor que uma habilidade clínica. Envolve trabalhar com nossos próprios sentimentos e dos outros, um aspecto geralmente evitado no ensino de áreas técnicas e cognitivas (KUTZ, 2005).

Envolve também trabalhar com valores e modelos explicativos (KLEINMAN, 1988) dos pacientes, considerar as agendas dos doentes e com eles construir compartilhadamente uma interpretação comum para os problemas, que ressignifique o adoecimento e promova sentido e mobilização emocional do paciente para o tratamento, produzindo eficácia simbólica, no dizer de Lévy-Strauss (1976), bem como elaborar planos comuns de manejo desses problemas com participação ativa dos pacientes (STEWART et al, 1995). Merhy e Franco (2003) chamam

essa tecnologia do conhecimento das relações de “tecnologia leve” ou “tecnologia leve-dura”, que seria a produção das relações entre dois sujeitos, em contraposição à tecnologia-dura, baseadas em equipamentos.

2. Justificativa

Sem uma formação médica (e de outros profissionais) adequada em habilidades de comunicação não é possível formar um profissional de saúde, particularmente um médico bem preparado para atuar nos sistemas nacionais de saúde e especificamente no Sistema Único de Saúde (SUS) ou no campo da Saúde Coletiva.

A principal estratégia de modelo assistencial adotada até o momento para a Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS pelo Ministério da Saúde, a Estratégia Saúde da Família, pressupõe mudanças na relação entre os profissionais de saúde e os usuários. De acordo com as diretrizes dessa estratégia, espera-se que o médico valorize a relação com os pacientes e as famílias, compreendendo essa relação como parte de um processo terapêutico (BRASIL, 1997).

Para atuar na APS, onde a longitudinalidade é uma característica fundamental, é preciso ser capaz de criar e manter vínculos com a comunidade. Para isso, é preciso efetivar laços de confiança com as pessoas.

Vários estudos concluíram que há correlações positivas entre satisfação do paciente e alguns aspectos do comportamento do médico, tais como: fornecer mais informações, expressar sentimentos afetuosos e cortesia, utilizar o humor, escutar mais, facilitar para o paciente falar, abordar preocupações e expressar apoio, confirmar e mostrar entendimento e preocupação (PENDLETON et al, 2007).

Um profissional que não utiliza esses recursos na sua prática, dificilmente será capaz de realizar uma abordagem integral. E para a efetivação da integralidade na Atenção Primária é preciso uma abordagem familiar e comunitária no cuidado.

Em um estudo observacional em três municípios baianos com participação de 20 médicos, cada profissional teve, em média, vinte consultas observadas e gravadas em áudio. Na maioria das consultas não foi observada a explicitação diagnóstica, com esclarecimento do problema ao paciente. Portanto, o diagnóstico, muitas vezes, não é discutido com o paciente, e não há a tentativa de incluí-lo na construção da compreensão do processo saúde-doença vivenciado, bem como da formulação do plano terapêutico. O estudo relata ainda, que em algumas situações, quando a queixa continha um fator psicossocial relevante, este não era incorporado à sua investigação e compreensão, o que foi observado em todos os médicos (FRANCO; BASTO; ALVES, 2005).

Para uma boa prática clínica e sanitária é essencial uma coleta adequada de anamnese, com exploração da vivência, dos modelos explicativos, exploração dos itinerários terapêuticos e reconhecimento da agenda dos usuários, além da exploração ou do prévio conhecimento, permitido pela longitudinalidade enquanto um dos atributos fundamentais da APS (STARFIELD, 2002) no contexto familiar e social.

Para isso, é preciso saber escutar, não interromper assim que o paciente começa a falar, como é o comum. Pesquisas mostram que 65% dos pacientes são interrompidos pelos médicos, em média, depois de 15 a 20 segundos de explicação do problema, e quando o paciente não é interrompido, para de falar em torno de dois minutos e aumenta a probabilidade de expor os seus medos e preocupações (BECKMAN, 1984; RABINOWITZ, 2004). O valor simbólico do primeiro minuto da entrevista está fora de qualquer dúvida: supõe reconhecer o paciente como centro do ato clínico, e não papéis ou a tela do computador (BORREL, 2004).

Para a coordenação adequada do cuidado, que é outra característica importante do profissional da APS, e para obtenção de um plano terapêutico compartilhado é preciso saber ceder, estar aberto para acordar, não ter uma relação de superioridade, hierárquica. Em geral há uma relação assimétrica entre médicos e pacientes, em que o médico detém um corpo de conhecimentos do qual o paciente geralmente é excluído (CAPRARA, RODRIGUES, 2004).

As pesquisas mostram que os pacientes querem participar das decisões sobre seu tratamento e preferem médicos que os ouvem com atenção, fazem perguntas de fácil entendimento e que verificam a compreensão do paciente sobre a proposta terapêutica (STEWART et al, 1995; ROTER, 1989).

Outros estudos demonstraram também que os profissionais que apresentam uma atuação centrada no paciente, ao invés da enfermidade, apresentavam resultados de saúde mais positivos comparada aos modelos tradicionais de abordagem. Nesse caso, os pacientes apresentavam diminuição da utilização dos serviços de saúde, aumento de satisfação, menos queixas por má prática, melhora da aderência aos tratamentos, redução de preocupações, melhora saúde mental, redução de sintomas e melhora da recuperação de problemas recorrentes (STEWART et al, 1995).

Se o médico permite que o paciente faça perguntas, aumenta a captação de informação entendida. Descobrir e entender as expectativas

e dar apoio aumentam a satisfação do paciente e o benefício terapêutico, com melhora das taxas de adesão (PENDLETON et al, 2007).

A abordagem das preocupações do paciente influencia fortemente o resultado da consulta. Em um estudo em que foram analisadas 716 consultas que envolviam a queixa de dor de garganta, observou-se que os pacientes que melhoraram mais rapidamente, foram aqueles que tiveram suas preocupações mais bem abordadas pelos médicos (LITTLE et al, 2001).

Sem um preparo para uma relação dialógica, de escuta e compartilhamento de saberes, não é possível a realização de práticas preventivas individuais e comunitárias, de educação em saúde e de promoção da saúde. Para o profissional atuar efetivamente nessas práticas, é preciso também a adequação cultural, saber respeitar as diferenças culturais e não impor seus conceitos e valores sociais, morais e culturais.

Para um profissional seguir as diretrizes e princípios da Política de Humanização do Ministério da Saúde, é preciso praticar empatia e alteridade. Para uma relação de cuidado humanizado é necessária uma escuta qualificada para ouvir a queixa, considerando suas preocupações e angústias, seu contexto psicológico, familiar e social. Sem a capacidade de compreensão da doença por parte do paciente, que passa por caminhos diversos daqueles do médico, não é possível uma prática acolhedora (BRASIL, 2010).

Na Saúde Coletiva, Campos (2000a, 2003, 2011) é um dos principais autores que tem discutido e defendido a necessidade de uma ampliação da clínica dos profissionais, que precisa se expandir para a consideração de aspectos psicológicos (incluindo transferências e contra-transferências) e sociais dos doentes de forma a produzir uma abordagem singularizante dos sujeitos adoecidos e/ou sob cuidado, como um requisito estratégico e fundamental para a construção do SUS. Trabalhando sobre propostas e diretrizes para a construção de uma clínica ampliada (CAMPOS, 2003; CUNHA, 2005), Campos e colaboradores também repensaram os modos e racionalidades de gestão dos serviços de saúde, experimentando e estendendo as discussões da necessidade de ampliação da clínica e de cogestão do cuidado para a reforma e democratização das relações institucionais dos serviços de saúde e para as atividades de gestão dos serviços e de saúde pública (CAMPOS, 2000a,b; CAMPOS, DOMITTI, 2007; CUNHA, 2005).

Isso significou uma extensão e aprofundamento das discussões sobre a necessidade da reforma da clínica, da democratização da gestão dos serviços de forma a torná-la mais participativa e menos hierárquica

e também para as atividades de saúde pública, que carregam grande dose atávica de autoritarismo monológico de sua própria história. Isso significa expandir para a saúde coletiva como um todo e para a gestão do SUS a necessidade de um maior teor comunicativo e participativo nas relações, seja entre gestores e profissionais, entre profissionais e entre si e entre profissionais e pacientes – em consonância com discussões de gestão e planejamento que também apontam essa necessidade a partir de referenciais outros como Habermas (1989), discutidos por Rivera (1995) e Rivera e Hartmann (1999).

Essas contribuições tem almejado construir saber e fomentar práticas que deixem claro a íntima imbricação e ligação do cuidado clínico e da gestão dos serviços, cunhando inclusive termos como cogestão do cuidado, ou cogestão da clínica, que apontam e reforçam a necessidade de construção de práticas comunicacionais de alta qualidade no SUS e no cuidado clínico aos pacientes. Este trabalho explora este tema mais amplo a partir do foco das relações clínicas entre profissionais e usuários, especificamente entre médicos e pacientes, e mais especificamente ainda, do ensino das habilidades clínicas aos estudantes de medicina.

Uma melhor relação médico-paciente tem efeitos positivos não apenas na satisfação dos usuários, mas também na qualidade dos serviços de saúde. Vários estudos mostram que a comunicação clínica influencia diretamente sobre o estado de saúde dos pacientes (CAPRARA, RODRIGUES, 2004), trazendo benefícios para a Saúde Coletiva.

Além dos benefícios para os pacientes, foram verificados benefícios também para o profissional. Profissionais que se comunicam bem obtêm informações com mais facilidade e qualidade, o que leva a um diagnóstico mais preciso (especialmente em relação a problemas com um elemento psicológico), têm pacientes que manejam melhor seus medicamentos, têm melhor resultados de tratamento, são mais seguros, cometem menos erros clínicos e têm menos queixas por má prática. Por tudo isso e por apresentarem melhores relações de trabalho em equipe, há aumento de satisfação no trabalho, diminuição do estresse e está relacionado à prevenção de *burnout*, que é a chamada estafa do profissional (STEWART et al, 1995; KURTZ et al, 2005).

As recomendações dos currículos de comunicação para o ensino médico orientam sua inclusão no currículo formal de forma sistemática, durante toda a formação médica e inclui também as interações entre

colegas e outros profissionais envolvidos no cuidado (SIMPSON, 1991; MAKOUL, 2001, VON FRAGSTEIN et al, 2008).

Oportunidades estruturadas no currículo para treinamento de habilidades de comunicação com a equipe são essenciais na formação do estudante de medicina, para que aprenda a trabalhar de forma interdisciplinar. Há inclusive definição de núcleos de competências para a prática colaborativa interdisciplinar, desenvolvida por seis associações de diferentes profissões da saúde, de forma integrada (INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE EXPERT PANEL, 2011) e uma teoria relacionada ao aprendizado baseado em equipe, “*team-based learning*” (THOMPSON, 2007), que é pouco aplicada na formação médica no Brasil. Sabe-se que profissionais que se comunicam melhor têm melhor relação com a equipe de trabalho. Além disso, para fazer a coordenação do cuidado é necessária disponibilidade para o diálogo interdisciplinar (BRASIL, 2010).

Para uma comunicação efetiva no cuidado de saúde, os últimos consensos e guias (VON FRAGSTEIN et al, 2008; KURTZ et al, 2005) recomendam que o aluno deve ter uma comunicação efetiva com colegas, com uma comunicação oral e escrita clara, apropriadamente assertiva, compreenda como expressar preocupações para um colega a respeito de seu desempenho, estar atento aos *guidelines* atuais, considerando a responsabilidade dos seus atos e dos colegas. Recomendam a interação com outros profissionais envolvidos no cuidado do paciente através de um trabalho em equipe. Entende-se que uma comunicação inter-profissional requer que os estudantes sejam capazes de entender os valores, papéis, especialidades e responsabilidades dos outros membros da equipe, considerando como colaborar efetivamente na continuidade de cuidado através da interface de cuidado primário ou secundário, manejando e questionando a divisão de informação e mantendo a confidencialidade.

A comunicação com familiares requer que os estudantes saibam explorar como negociar a inclusão de uma terceira pessoa, possibilitar que o paciente expresse livremente seu problema, mantendo confidencialidade, e entender como manejar a dinâmica de uma entrevista triangulada.

Uma boa comunicação médico-paciente favorece a produção de vínculos terapêuticos entre sistema/equipes e usuários/redes sociais, sem a qual a ação clínica corre o risco de ser corrompida por tecnologias medicalizantes (BRASIL, 2010). Assim o profissional se sente mais seguro para evitar a medicalização desnecessária e o paciente pode

entender e aceitar mais facilmente a prevenção quaternária (NORMAN, TESSER, 2009), através da construção de um vínculo de confiança.

No entanto, apesar de todas as justificativas, pouco se ensina disso aos estudantes no Brasil. Desde 2001, as diretrizes curriculares brasileiras para os cursos de Medicina orientam que a formação médica deve propiciar o desenvolvimento da habilidade de comunicar-se adequadamente com os pacientes e da capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente. (BRASIL, 2001).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) foram muito importantes para impulsionar avanços em várias escolas para uma formação médico-acadêmica voltada às necessidades sociais da saúde, porém apenas o fato de existirem não significa que houve mudanças práticas. De acordo com revisão de artigos publicados sobre o tema, poucas escolas hoje no Brasil contemplam efetivamente e de forma sistematizada, os consensos de ensino da comunicação clínica no currículo formal. Mesmo escolas médicas brasileiras que passaram por reforma curricular ainda precisam melhorar seu ensino na área de comunicação médico-paciente (STOCK, 2009).

É preciso superar o discurso higienista e as intervenções normalizadoras que tradicionalmente têm marcado o campo de práticas da educação em saúde (ALVES, 2005). Com a tendência de reprodução de práticas controlistas, autoritárias e monológicas, típica da tradição hospitalar e da saúde pública no seu lado de controle e disciplinarização social, muitos autores brasileiros alertam a respeito da necessidade crescente em desenvolver uma comunicação mais aberta entre médicos e pacientes que possibilite uma maior qualidade na relação, o que exige a implementação de mudanças visando à aquisição de competências na formação dos médicos (CAPRARA, RODRIGUES, 2004).

Há décadas se desenvolve estudos e técnica a respeito da melhor maneira de ensinar esses conhecimentos de habilidades comunicativas na formação do médico. O ensino de comunicação clínica tem sido considerado uma parte essencial do currículo moderno da graduação de países desenvolvidos nos últimos vinte anos (KURTZ et al, 2005).

Por isso a importância de aprofundar estudos sobre semelhanças e diferenças a respeito da maneira como os alunos de graduação aprendem a comunicação médico-paciente no Brasil e em escolas europeias, buscando identificar possibilidades e potencialidades de metodologias de ensino do tema nesses países que possam trazer contribuições ao nosso ensino médico.

As habilidades de comunicação constituem um instrumento que deve fazer parte da prática de todos os profissionais da saúde, em diferentes contextos e diferentes culturas (KURTZ et al, 2005).

As evidências mostram que não basta ter o contato com o conhecimento, é preciso praticar. Saber o que se deve fazer não é o mesmo que saber fazer e manter a prática.

A interação médico-paciente é, atualmente, entendida como atividade fundamental do trabalho médico e necessita de aperfeiçoamento de tecnologias específicas devido a sua alta complexidade (TURINI et al, 2008). É necessário revisar e reiterar o aprendizado prévio em situações com grau crescente de complexidade e desafios, já que as habilidades são facilmente esquecidas se não foram mantidas na prática.

Assim, os estudos mostram que o currículo de comunicação é importante em todos os níveis de formação, incluindo graduação, pós-graduação e educação permanente. Pela complexidade inerente sempre se pode aprender mais (KURTZ et al, 2005). Este é mais um motivo da importância e utilidade de pesquisas no tema, trazendo contribuições para todas as fases de formação do médico.

É preciso cuidar para não focar apenas na abordagem instrumental. O profissional não deve estar mais interessado nas técnicas que deve realizar e enfermidades do que nas pessoas, que não são apenas “portadoras de doenças” (BORREL, 2004). Entretanto, por outro lado, não adianta o aprendiz ter uma boa intenção, uma ideologia compatível e visão de mundo de querer ter uma relação simétrica com o paciente, se não há um modelo explícito do que deve ser aprendido, nem há oportunidades de prática, de observações e de receber um *feedback* efetivo (PENDLETON et al, 2007; GENERAL MEDICAL COUNCIL, 2001).

A comunicação médico-paciente está intimamente relacionada com os desafios da melhoria e enriquecimento da compreensão e dos sentidos do cuidado na prática médica, e da melhoria das práticas concretas desse cuidado. Nessa direção, o ensino-aprendizagem da comunicação médico-paciente parece ser algo como alicerces e vigas mestras para o exercício cuidadoso, qualificado e consciente do cuidado. Discussões sobre o cuidado têm sido fértil terreno de estudos na saúde coletiva brasileira, contribuindo para a ressignificação das práticas profissionais e particularmente das práticas médicas e seu ensino. Em particular, várias aproximações filosóficas (ANEAS, AYRES, 2011; AYRES, 2007, 2004a, 2004b; MARTINS, 2004) têm enriquecido os significados da construção de um cuidado de boa qualidade nos serviços

públicos de saúde e assim colocado bases, desafios e fundamentos para o ensino-aprendizagem da comunicação médico-paciente, que transcende em muito a mera aquisição de habilidades práticas ou domínio de técnicas dialogais.

No cuidado em saúde, a presença do cuidador frente ao outro nunca poderá ser a de um estrito aplicador de conhecimentos, pois um saber instrumental absolutizado substituiria a responsabilidade e as potencialidades de cuidador(es) e cuidando(s) apropriarem-se criativamente da instrumentalidade disponível nas práticas de saúde para a construção de suas possibilidades existenciais mais autênticas, para o advir de seus projetos de felicidade (AYRES, 2004a).

Sabe-se que os benefícios da prática médica não estão ligados somente às capacidades técnicas do médico, mas que a própria palavra do médico exerce um resultado terapêutico importante (BALINT, 2005). Por isso a importância do ensino-aprendizagem sobre comunicação médico-paciente e de pesquisas analisando como vem ocorrendo a formação dos alunos da graduação de Medicina em relação ao ensino da relação médico-paciente.

Por tudo isso, o tema do ensino das habilidades clínicas é um tema que atravessa toda a construção do cuidado profissional biomédico da prevenção e promoção da saúde, nas escolas médicas, no SUS e na Saúde Coletiva. É uma questão crucial e “nó crítico” (CECÍLIO, 1997) da educação dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos.

Formar profissionais médicos qualificados, com uma comunicação adequada, é essencial para um sistema de saúde universal e efetivo. Assim, o presente estudo pode estimular a reflexão sobre a prática médica e apresentar subsídios para auxiliar na busca de estratégias para o aperfeiçoamento do ensino de comunicação na formação de profissionais de maior qualidade para o SUS.

3. Objetivos

3.1. Objetivo geral

Analisar as diferenças no ensino-aprendizagem da relação clínica, com foco na comunicação médico-paciente e nas contribuições para a melhoria do ensino brasileiro, entre uma escola médica no sul do Brasil, uma na Espanha e uma na Holanda.

3.2. Objetivos específicos

Analisar qual tem sido a percepção dos alunos sobre o ensino da relação médico-paciente, através dos seus relatos de aprendizado.

Descrever as metodologias inovadoras relatadas no ensino de comunicação clínica.

As questões orientadoras que guiaram esse estudo foram:
Quais são as potencialidades no ensino da comunicação médico-paciente em uma escola no sul do Brasil e duas escolas européias? Qual a percepção dos alunos sobre o processo de ensino-aprendizagem da relação médico-paciente? O que pode haver de contribuições nos exemplos estrangeiros para estratégias de aperfeiçoamento da educação médica brasileira?

4. Referencial Teórico

Nas últimas décadas, universidades européias e norte-americanas estão buscando dar mais ênfase ao ensino da comunicação médico-paciente, colocando este assunto presente durante todo o processo formativo, do primeiro até o último ano. Entretanto, no Brasil, há um número limitado de pesquisas sobre esse tema (SUCUPIRA, 1981; SCHRAIBER, 2008; CAPRARA, FRANCO, 1999) e ainda uma carência de literatura específica sobre ensino/aprendizagem de “comunicação” nos cursos de graduação em Medicina (ROSSI, 2006).

Para se ter uma ideia dos antecedentes científicos do tema no Brasil, se pesquisar o termo “comunicação médico-paciente”, sem restrição de data de publicação, no MEDLINE, pode-se observar que a produção de artigos brasileiros (13) é muito inferior a outros países, como Estados Unidos (5366), Inglaterra (2007), Canadá (246), Holanda (216), Espanha (65) e Itália (42).

No Brasil, há alguns estudos qualitativos anteriores, similares ao presente estudo, como o realizado em São Paulo com 16 alunos do quinto ano de Medicina, que apontam para a importância de criação de mais espaços para o ensino-aprendizagem e aprofundamento da discussão da relação médico-paciente (NOGUEIRA-MARTINS, TURATO, 2006).

Outros estudos similares realizados com alunos de graduação de medicina em Santa Catarina, também apontaram necessidade de maior desenvolvimento de habilidades comunicacionais e estímulo à reflexão a respeito das experiências vivenciadas pelos alunos, para a lapidação da relação médico-paciente (GROSSEMAN, 2008; STOCK, 2009)

A relação médico-paciente se apresenta no mundo atual de várias formas: no consultório privado, num leito hospitalar, no consultório de serviço público, entre outras. O paciente, por outro lado, pode ter escolhido livremente o médico que o atenderá, ou ter seu médico destinado por uma instituição pública ou privada (ENTRALGO, 2003).

Isso pode variar conforme o país e ter variações dentro do mesmo país. A influência do contexto na relação médico-paciente foi observada no estudo de Sucupira (1981), que investigou essa relação na clínica pediátrica em três modalidades assistenciais: o centro de saúde da rede estadual, os serviços próprios do Instituto Nacional de Assistência Social e os serviços de uma unidade de “medicina de grupo”. A autora verificou diferenças na relação médico-paciente segundo a modalidade

assistencial. Apesar da relevância desta proposição, poucos estudos sobre o tema têm privilegiado a dimensão contextual.

4.1 Atenção Primária como cenário de prática para o ensino-aprendizagem da comunicação médico-paciente

O tema da relação médico-paciente, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS), é alvo de inúmeras pesquisas recentes, sobretudo na Europa. As publicações na sua maioria vêm de revistas médicas ou de psicologia, em que se apresenta a ideia de uma medicina-centrada-na-pessoa em oposição a uma medicina-centrada-na-doença e são oferecidas técnicas de comunicação para uma boa relação médico-paciente (MCWHINNEY, 1989; STEWART et al, 1995).

As funções da Atenção Primária à Saúde adotadas pelo Observatório Europeu praticamente coincidem com os atributos sugeridos por Starfield (2004): primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralização na família, orientação para a comunidade (BRASIL, 2010).

Devido principalmente aos atributos de local de cuidado clínico longitudinal e de coordenação desse cuidado em uma coorte de pessoas independente da natureza de seus problemas de saúde, de modo interdisciplinar e integrando promoção de saúde e prevenção de doenças com o cuidado clínico ao adoecimento, de modo acessível, com adequação cultural, abordagem familiar e comunitária, conforme STARFIELD (2004), a APS no Brasil é o *locus* de cuidado estratégico do Sistema Único de Saúde para a sua completa constituição e implantação, tornando-se assim um cenário prioritário de ensino e pesquisa em habilidades de comunicação.

A Atenção Primária tem demonstrado, em vários estudos, ser um campo de prática propício para o avanço no desenvolvimento do ensino-aprendizagem da relação médico-paciente (STOCK, 2009; FERREIRA, 2010) e estudos mostram vantagens percebidas na interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início da formação médica (GROSSEMAN, 2008).

O ensino em APS deveria estar presente ao longo de todo o curso, com inserções de aprendizado real a partir do trabalho, e que faça parte do núcleo de ensino da semiologia e da prática clínica do futuro médico, como preconizam as colocações do “Documento Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina”, elaborado conjuntamente pela Associação Brasileira de Educação Médica e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

(SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE / ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA., 2009).

Segundo esse documento, as principais Contribuições da Atenção Primária à Saúde para a graduação em Medicina seriam:

- Favorece o estudante a lidar com diferentes aspectos da vida e seus ciclos, em sua complexidade clínica e cultural, contextualizando os indivíduos em seu território vivo;
- Possibilita ao estudante atuar em relação ao indivíduo e ao coletivo de maneira integral, longitudinal e contextualizada com a realidade local e de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde;
- Constitui cenário de integração de práticas das diferentes áreas, campos e núcleos de conhecimento (ciências básicas, especialidades médicas e saúde coletiva);
- Contribui para que o estudante tenha uma compreensão da rede intersetorial de atenção e cuidados em saúde;
- Contribui para o desenvolvimento de uma prática clínica integrada, possibilitando a interdisciplinaridade;
- Favorece o aumento da resolubilidade clínica ao lidar com condições e problemas complexos e singulares de saúde de forma contínua e longitudinal;
- Contribui para a conceituação de saúde e adoecimento, respeitando o saber do outro e da comunidade local;
- Contribui para a concepção de conhecimento dinâmico e em construção, que articule outros conhecimentos e realidades;
- Favorece o desenvolvimento de competência cultural e dialógica na comunicação em saúde.

Essas diretrizes preconizam que, ao final do sexto ano, o estudante de Medicina deve ter competência nas três dimensões seguintes, de forma integrada:

Na abordagem individual deve:

- Conhecer e utilizar a abordagem clínica centrada na pessoa, integral, complexa, interdisciplinar, longitudinal e resolutive, utilizando as evidências científicas como ferramenta e suporte, porém singularizando o processo;

- Gerir o primeiro contato com os pacientes, lidando com problemas não selecionados;
- Desenvolver e aplicar a consulta do médico de família e comunidade para promover uma eficaz relação médico-paciente, com respeito pela autonomia deste;
- Relacionar os processos específicos de decisão com a prevalência e a incidência das doenças na comunidade;
- Reunir e interpretar seletivamente a informação recolhida na anamnese, no exame objetivo e nos exames complementares, e aplicá-la a um plano de ação adequado, em colaboração com o paciente;
- Gerir as situações que se apresentem precocemente e de forma indiferenciada;
- Gerir simultaneamente múltiplas queixas e patologias, tanto problemas de saúde agudos como crônicos do indivíduo;
- Promover a saúde e o bem-estar, aplicando adequadamente as estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença;
- Conciliar as necessidades de cada paciente e as necessidades de saúde da comunidade em que ele vive, de acordo com os recursos disponíveis;
- Realizar a semiologia da pessoa no contexto da APS;
- Lidar com a incerteza e com os instrumentos de decisão clínica e terapêutica no contexto da APS.

Na abordagem familiar deve:

- Conhecer e lidar com as distintas fases do ciclo vital da família;
- Conhecer e lidar com a estrutura e dinâmica familiar, utilizando os instrumentos do diagnóstico familiar, como o genograma e o ecomapa, na abordagem familiar
- Identificar a influência das relações intrafamiliares no processo saúde-adoecimento.

[Não consensual: até que nível de intervenção da abordagem familiar deve ser desenvolvido na formação do médico geral?]

Na abordagem comunitária deve:

- Conhecer e lidar com instrumentos de diagnóstico epidemiológico e sociodemográfico e correlacioná-los com sua prática clínica;
- Analisar criticamente a organização da sociedade, os modos de produção presentes nela e os determinantes do processo saúde-adoecimento, e desenvolver competências para intervir no processo saúde-doença;

- Desenvolver competências culturais contextualizadas;
- Compreender o que é “território vivo”;
- Participar de atividades de educação popular em saúde, compreendendo a existência de diferentes concepções pedagógicas e valorizando o saber popular;
- Intervir nas necessidades de saúde do território, acessando os diversos setores relacionados;
- Desenvolver noções de vigilância em saúde, todos os períodos (semestre ou anos) do curso;
- Deve incluir, desde o primeiro ano, as atividades que envolvem as abordagens do indivíduo, família e comunidade, de forma integrada;
- Deve introduzir módulos, disciplinas ou unidades educacionais de Medicina de Família e Comunidade e de estágio centrado na clínica de Medicina de Família e Comunidade nos ciclos e anos intermediários (3º e 4º anos e períodos correspondentes);
- As competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) adquiridas ao longo dos anos na APS, incluindo os estágios práticos, devem ser sedimentadas durante o internato (5º e 6º anos), em estágios de treinamento clínico em serviços de APS, sob supervisão.

Essas diretrizes estão de acordo com estudos internacionais sobre o tema. Um estudo de coorte histórica, realizado no Canadá, comparando uma escola com ensino baseado em problemas da comunidade com outras 3 escolas de ensino tradicional mostrou que a transição para um ensino baseado em problemas da comunidade foi associado com a melhora do cuidado integral, sem um declínio no diagnóstico e manejo. Os médicos graduados em escolas médicas tradicionais no mesmo período não exibiram a mesma melhora na performance (TAMBLYN et al, 2005). Outro estudo australiano também confirmou os benefícios de um ensino médico baseado na comunidade (WORLEY, 2006).

Bárbara Starfield (2004), pesquisadora da Atenção Primária à Saúde, concluiu em seus estudos, que é necessária a reestruturação dos sistemas de saúde e das interações profissional-paciente para trazê-los para uma relação mais próxima com outros sistemas sociais, no contexto da atenção à saúde de populações, para tornar a atenção médica mais efetiva e equitativa na prevenção, cuidado e cura das doenças, e na promoção da saúde.

A APS é o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde, é a primeira tentativa de um profissional entender um paciente e ajudá-lo a entender seus sintomas e melhorar sua própria capacidade de lidar com os problemas, o que geralmente não requer muita tecnologia médica dura (PENDLETON et al, 2007; MERHY, FRANCO, 2003).

Além disso, é difícil entender o paciente sem ter conhecimento da sua vida e trabalho e de seu contexto cultural e social (PENDLETON et al, 2007). Assim, a vivência de um estudante na APS traz a possibilidade de conhecer a pessoa como um todo, aprender um cuidado integral e longitudinal, através do conhecimento da realidade e modo de vida das pessoas que vivem numa determinada comunidade.

A vivência do cuidado longitudinal, característica da APS, é fundamental inclusive para o benefício terapêutico. Estudos mostram que o paciente é muito mais inclinado a atender a prescrição se ele pensa que conhece bem o médico que está prescrevendo (DIXON, SWEENEY, 2000).

Há uma diferença notável na relação médico-paciente na APS e no hospital. Historicamente, o hospital é desde sua origem, uma instituição médica autoritária. Para Foucault (1980), essa característica é herdada da instituição militar, a exemplo dos manicômios, conventos e prisões (GOFFMANN, 1974).

Os médicos aprendem biomedicina eminentemente no hospital. Alguns autores discutem que o autoritarismo é vivido e praticado neste ambiente, nas regras, nas relações e que estaria embutido no imaginário social hospitalar, cristalizado em regras e normas inflexíveis (CUNHA, 2005; TESSER, 2009).

O médico, ao prescrever num hospital, geralmente não tem o paciente à sua frente e não fornece opções terapêuticas, nem precisa explicar muito sobre os diagnósticos e as condutas, que quando ocorrem, em geral, são rápidas e realizadas, muitas vezes apenas com um familiar. Feita a prescrição, ela será automaticamente executada sobre um doente paciente e submisso, que receberá da enfermagem uma curta resposta às suas perguntas sobre o tratamento: é para a dor, é contra a infecção (TESSER, 2009). Além disso, o tempo do contato terapêutico no hospital é pequeno e o tempo de contato com o paciente curto, ao contrário da Atenção Primária, que preconiza a longitudinalidade do acompanhamento de um mesmo grupo de pessoas.

Outra diferença é que no hospital, o paciente geralmente está em estado grave e acaba de certa forma delegando o poder para os profissionais. Pela situação de gravidade, a intervenção é e deve ser sempre rápida, seu efeito e sua eficácia devem ser sentidos rapidamente.

Para isso, é investida toda a tecnologia investigativa “dura” que aparenta ser necessária. A gravidade da situação orgânica no hospital permite que o aspecto biológico se destaque, fornecendo uma sensação de suficiência do saber biomédico e da intervenção material no corpo (CUNHA, 2005).

Nos hospitais, bem como na biomedicina em geral, há a tendência para a fragmentação do cuidado por especialidades, de forma que, na medida em que aparecem outras doenças, estas vão sendo distribuídas pelas especialidades que se responsabilizam por patologias específicas, submetendo o doente a um esquiteamento epistemológico irreversível (TESSER, 2004).

Uma educação médica vivida em sua maior parte dentro do ambiente hospitalar caracteristicamente autoritário, talvez explique porque os médicos não estão preparados para lidar com a maioria dos pacientes, que em suas condições reais de existência, são independentes, esperam algum acolhimento emocional, explicações que lhe façam sentido, que desejam entender as opções terapêuticas e participar das decisões sobre as intervenções relacionadas ao seu próprio corpo e vida (TESSER, 2004).

Assim, partimos do pressuposto de que a discussão do ensino-aprendizagem das habilidades de comunicação na educação médica brasileira deve ser permeada pela sua contextualização nos diversos cenários de prática, priorizando-se sua relação com a APS.

Para isso, é preciso processos institucionais e da política de Estado da saúde com uma agenda que discuta estratégias de ampliação e renovação do quadro de docentes das instituições de ensino superior, assim como a qualificação dos serviços de APS, expressos em contratos claros de compartilhamento de objetos de gestão e ensino (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE / ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 2009).

4.2 A comunicação médico-paciente e a Integralidade

O tema da comunicação médico-paciente e a integralidade do cuidado já eram discutidos desde a Grécia Antiga. Os gregos já diziam que antes da ajuda técnica, a relação entre médico e doente deve ser amigável (ENTRALGO, 2003).

Hipócrates já dizia que o médico deve ter 3 saberes (ENTRALGO, 2003): 1. conhecer a doença; 2. para isso, saber quem é a

pessoa que está doente; 3. saber porque o remédio atua curando a enfermidade.

Em *Corpus hippocraticum* sobre o saber médico e a decência: Para o médico conquistar a confiança do doente deve:

“Vestir-se com limpeza e se perfumará discretamente, ser honesto e regular em sua vida, humanitário em seu trato, sem chegar a ser jocoso e sem deixar de ser justo, evitará a excessiva austeridade, se encontrará sempre dono de si. Deve ser sério sem rebuscamento, pronto na resposta, difícil na contradição, penetrante e conversador nas concórdias, moderado com todos e silencioso na turbulência...” (ENTRALGO, 2003, pag 55-56)¹.

O bom médico seria aquele que apresenta uma simpatia vital, que é acolhedor, que faz com que as pessoas sintam-se confortáveis, à vontade. Além disso, com capacidade de observação comparativa e imaginação e boa disposição constante para a prática do benefício (ENTRALGO, 2003).

Platão também já dizia que a arte de curar só chega à perfeição individualizando o diagnóstico e o tratamento do paciente. Os recursos para isso seriam observar, olhar, conversar, conhecer a história de vida, fazer-se compreender e ser compreendido (ENTRALGO, 2003).

Dentre os princípios e diretrizes do SUS, autores consideram a integralidade como o que confronta diretamente racionalidades hegemônicas no sistema, como o reducionismo e fragmentação das práticas, a objetivação dos sujeitos e o enfoque na doença e na intervenção curativa (ALVES, 2005).

Por isso a relevância deste princípio para a reorientação do modelo assistencial como eixo estruturante da necessidade da mudança a partir da formação das políticas públicas de saúde, dos serviços, suas práticas e, por fim, da própria formação dos profissionais de saúde.

Mattos (2004) aborda a integralidade como um conceito polissêmico que se revela em diferentes saberes e práticas expressas no cotidiano da saúde, e propõe três dos sentidos fundamentais que ajudam a organizar os vários significados e dimensões do termo, bem como as discussões sobre ele. O primeiro refere-se a “respostas governamentais a

¹Tradução nossa

certos problemas de saúde”; o segundo aplica-se à “organização dos serviços”, e o terceiro diz respeito aos “atributos das práticas de saúde” (MATTOS, 2004, p.1411-2). Neste estudo, estamos nos referindo a esta terceira dimensão, das práticas profissionais de saúde, numa dimensão de trabalho clínico-sanitário centrado em atividades com pacientes, sua famílias e comunidades de cuidado aos adoecimentos, de prevenção de doenças e da promoção da saúde. Uma ótima comunicação médico-paciente, certamente, é um dos pilares centrais da construção da integralidade nesta dimensão.

O olhar do profissional sob o eixo da Integralidade deve ser totalizante, com apreensão do sujeito biopsicossocial. Assim, a assistência deve buscar ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos (ALVES, 2005). Isso significa ir além do processo patológico simplesmente, o chamado *disease* e procurar entender a sensação de vivência individual do sofrimento, o *illness* (STEWART, 1995; KLEINMAN, 1988) contextualizado no seu universo familiar, cultural e social.

Segundo o princípio da integralidade, a Atenção Primária organizada em todo território nacional tem por tarefa a viabilização de uma orientação simples, mas muito significativa na construção da efetividade das práticas de saúde: todo(a) cidadão(ã) tem o direito a uma equipe que lhe cuida, com a qual estabelece fortes vínculos terapêuticos, sustentáculo de processos de corresponsabilização no cuidado (BRASIL, 2010). Esse cuidado deve buscar integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais; integrar profissionais em equipes multiprofissionais para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas, de forma integral, humanizada e compromissado com o atendimento de necessidades e com a garantia do direito à saúde da população (ALVES, 2005).

BORRELL (2004) apresenta propostas práticas para um enfoque biopsicossocial, no que chama de macrodiagnósticos, que combinam aspectos biológicos e psicossociais, e fogem do diagnóstico clássico.

A integralidade é um dos princípios do SUS e da PNH que tem como a diretriz que possivelmente mais se relaciona com as habilidades comunicacionais o chamado “Acolhimento” e tem como parâmetros a implementação de sistemas de escuta qualificada para usuários (BRASIL, 2008). O termo “Acolhimento” é definido como:

Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutive e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário” (BRASIL, 2008).

Assim, a produção de relações acolhedoras é de modo a concretizar a diretriz do acolhimento depende visceralmente do exercício em alto grau de habilidades de comunicação.

O termo *escuta atenta* é muito enfatizado na literatura do ensino de habilidades de comunicação. Refere-se à busca do entendimento amplo dos motivos de busca por uma consulta pelo paciente, por meio do relato das histórias referentes às queixas clínicas pela perspectiva do indivíduo, nas quais aparecem os sentimentos e as emoções associadas (SILVERMAN, 2008)

Quando realizada em uma racionalidade biomédica estrita, a escuta caminhará por esta direção, em torno dos dados objetivos capazes de levar a diagnósticos e proposições desta natureza, e então os demais aspectos da existência se reduzem a ruídos. “Ao voltar-se para escutar o Dasein [ser-aí, ser-no-mundo do paciente] em suas formas e necessidades mais próprias de ocupar-se e preocupar-se, então o que é colocado em evidência é a identidade eu-outro e suas mútuas responsabilidades frente ao projeto de felicidade que nos interpela (AYRES, 2004a).”

Muitas vezes “escutar nos dói”, como aborda Borrell (2004) em seu livro sobre estratégias práticas para a entrevista clínica. Por isso é preciso que cada profissional perceba quando isso ocorre, reconhecendo seus sentimentos e aprofunde o conhecimento sobre suas próprias zonas de irritabilidade nas relações interpessoais, reconhecendo o que Freud chamou de *transferência* e *contratransferência*. É importante também nesse processo de escuta, o que é definido como distância terapêutica, que consiste em não reagir de maneira imediata e dar-nos a oportunidade de pensar com maior clareza (BORRELL, 2004).

Os conceitos abordados na PNH se relacionam, de certa forma, com o conceito de Empatia, abordado no currículo de comunicação. Possivelmente Karl Rogers (1975) foi quem iniciou o uso desse termo. Empatia é considerado atualmente como um conceito ambíguo. Apesar de uma falta de consenso a respeito da definição do termo na literatura, alguns pesquisadores (HOJAT et al, 2009), descrevem como: 1) Atributo cognitivo – envolve predominantemente o entendimento da preocupação de outra pessoa; 2) Afetivo ou emocional – primariamente envolve sentimento de dor e sofrimento de uma outra pessoa; 3) Afetivo e cognitivo. Após ter feito uma revisão de literatura, Hojat et al (2009) define empatia no contexto da educação médica e cuidado do paciente como um atributo predominantemente *cognitivo* (em oposição ao afetivo ou emocional), que envolve *entendimento* (em oposição a sentimento) das experiências, preocupações e perspectivas do paciente, combinada com a capacidade de *comunicar* esse entendimento. Uma intenção de ajudar por prevenção e alívio da dor e sofrimento é uma característica da empatia no contexto do cuidado (HOJAT et a, 2009).

Alguns problemas de saúde têm poucas vias de solução, mas sempre há maneiras de poder afrontar o problema subjetivamente e adaptar-se a vida a ele. Mesmo no pior dos casos, sempre é possível uma empatia solidária expressada por um olhar ou um gesto (BORREL, 2004).

Antropologistas têm sugerido, nos últimos anos, usar o termo “ressonância” no lugar de empatia. O termo ressonância reconhece o uso de experiências pessoais do profissional como uma base para o entendimento das percepções das sensações de adoecer (*illness*). Como humanos, só podemos entender o outro investindo na nossa própria experiência no processo de entendimento (BAARTS; TULINIUS; REVENTLOW, 2000).

Um modelo de atenção à saúde pautado no princípio da integralidade se baseia em um relacionamento com o usuário/família seja profissional e sujeito e não profissional e objeto (ALVES, 2005), ou seja, uma relação centrada na pessoa e não na doença, como propõe a abordagem da medicina centrada na pessoa (STEWART et al, 1995) e o cuidado centrado nas relações, que entende as relações como base para qualquer atividade terapêutica (TRESOLINI, 1994).

Byrne e Long (1976) estudaram mais de 2000 entrevistas em Atenção Primária e chegaram a conclusão de que a maioria dos profissionais de saúde se inclinavam para um estilo “centrado no entrevistador”. Observaram que o paciente não podia expressar todas as

suas inquietudes porque o entrevistador delimitava a cada momento o que desejava que o paciente lhe dissesse.

A abordagem da “Medicina Centrada na Pessoa”, como foi traduzida no Brasil, surgiu a partir de Levenstein, médico sul-africano, em 1982, quando questionado por uma estudante de medicina sobre um padrão na sua técnica de relação médico-paciente, que era tão diferente da vista no hospital. Gravou 1000 consultas próprias, buscando perceber quais intervenções eram efetivas e não efetivas. Percebeu que quando ouvia os medos e expectativas dos pacientes, tinha intervenções mais efetivas. A partir de então, procurou-se desenvolver um método que pudesse ser praticado pelos médicos. A partir de pesquisas o método teve a validade aprovada, com posterior refinamento (STEWART et al, 1995).

O modelo foi pensado no contexto da Medicina de Família, mas os autores acreditam que são importantes e aplicáveis para todas as disciplinas da medicina e outras profissões da saúde. Esse modelo de abordagem propõe a divisão do poder entre médico e paciente, com o paciente ativo na relação médico-paciente, busca ver a pessoa como um todo, estímulo à autonomia das pessoas e um melhor uso terapêutico da relação médico-paciente (STEWART et al, 1995).

Os 6 componentes deste método clínico envolvem abordar a exploração da experiência da doença, a compreensão da pessoa como um todo em seu contexto pessoal, familiar comunitário e social; a busca de um plano comum, a incorporação da prevenção e promoção de saúde; o fortalecimento da relação médico-paciente, ao mesmo tempo que mantendo-se realista sobre limites de recursos. Propõe uma relação em que o profissional de saúde promove uma relação de cooperação e busca abordar as preocupações do paciente, suas ideias sobre o que lhe ocorre, levando em conta as expectativas e experiências pessoais e culturais da vivência da enfermidade (STEWART et al, 1995).

- O diagrama abaixo resume a Medicina Centrada na Pessoa:

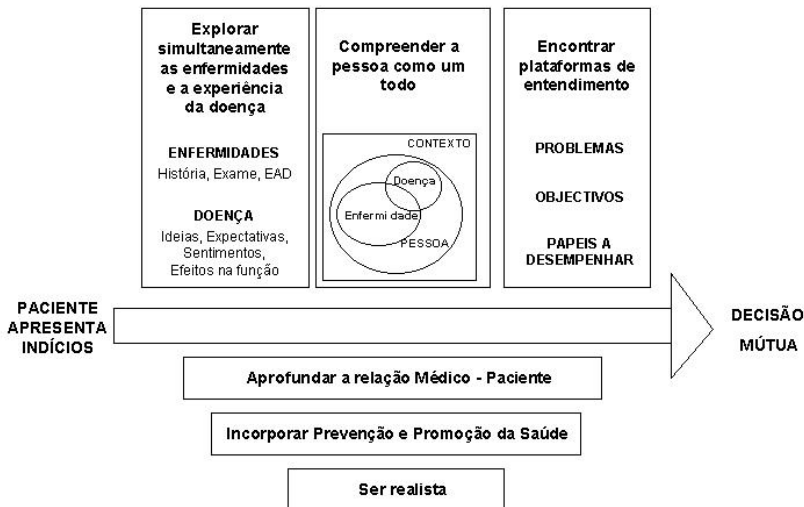


Fig 2 - diagrama efetuado por LF Gomes, a partir de Stewart et al (1995).

Dentro dessa abordagem integral que se pretende, mas discutindo além da abordagem somente técnica, Entralgo (2003) traz algumas questões importantes a desvendar na relação médico-paciente. Três questões em relação aos motivos do paciente: Por que o paciente resolveu procurar ajuda médica pelo que lhe ocorre? Como o paciente chegou a sentir-se doente? Como o paciente respondeu ao fato de sentir-se doente? Esta última questão envolve entender os aspectos afetivos e interpretativos do seu sofrimento. E três questões relacionadas aos motivos do médico: Como o médico se sente e realiza sua condição de médico? Como é o médico como pessoa? E como o médico se sente frente ao paciente que vai atender? (ENTRALGO, 2003). Essas são questões de grande relevância e geralmente pouco discutidas na Educação Médica.

4.3 A comunicação médico-paciente e a Educação em Saúde

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde (COSTA, LÓPEZ; 1996). Trata-se de um processo por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas.

A construção do conhecimento com base nas reflexões da práxis de educação em saúde aponta para a necessidade de efetivar um processo educativo em saúde envolvendo a comunidade por meio de um processo participativo que permita uma reflexão crítica da realidade e dos fatores determinantes de um viver saudável.

A educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo a sua autonomia e emancipação enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade (ALVES, 2005).

Dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, Vasconcelos (1999) destaca os de atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde, já que são os serviços de maior contato com os usuários do Sistema e nos quais os profissionais mantém relações de longo tempo (longitudinais), além de estarem inseridos nas situações geográficas, sociais e culturais mais próximas dos pacientes.

Em seus diferentes momentos históricos, os saberes e as práticas de educação em saúde foram impregnados por um discurso sanitário subjacente e fizeram uso de estratégias comunicacionais com estes discursos coerentes (ALVES, 2005).

O movimento da Educação Popular em Saúde tem priorizado a relação educativa com a população, rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário. Valorizam-se as trocas interpessoais, as iniciativas da população e usuários e, pelo diálogo, buscam-se a explicitação e compreensão do saber popular (ALVES, 2005). A metodologia da educação popular em saúde contrapõe-se à passividade usual das práticas educativas tradicionais, em que o modelo biomédico considera a saúde-doença como uma questão que emerge do corpo individual e é resolvida nele, onde há uma negação explícita da determinação social no processo saúde-doença e uma concepção de que

o educador é conhecedor da “verdade científica”, que deve inculcar tal conhecimento em uma população, objeto do planejamento em saúde dos técnicos (DA ROS, 2000).

Na Educação Popular em Saúde, o usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento (ALVES, 2005), na busca de um a “integração entre o saber técnico e o saber popular e pela mútua colaboração” (VASCONCELOS, 1999, p.30).

Da Ros (2000), almejando sintetizar as características desse enfoque educativo, propõe uma caracterização da educação (popular) em saúde como um Estilo de Pensamento (FLECK, 2010) nos seguintes termos: relação entre educador/pesquisador – educando/pesquisado biunívoca, o conceito de saúde utilizado é o da determinação social do processo saúde-doença; a concepção de mundo está calcada basicamente no materialismo histórico; concepção de educação como prática libertadora e a de que o pesquisador não é “neuro”. Além disso, há uma relação sujeito-sujeito, com participação de atores sociais; há uma concepção não inculcadora de educação, com construção do conhecimento e respeito a culturas diferentes; a informação é contextualizada e vislumbra-se a transformação das relações sociais (DA ROS, 2000).

A Educação Popular em Saúde é compreendida como uma estratégia capaz de reorientar as práticas de saúde e, para isso, seus fundamentos devem ser desenvolvidos na formação médica. Em oposição ao modelo tradicional, trabalha-se com a perspectiva de sujeitos das práticas de saúde (AYRES, 2001) num modelo dialógico. Neste sentido, Briceño-Léon (1996) aponta que é necessário conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações de saúde, incluindo suas crenças, hábitos e papéis, e as condições objetivas em que vivem. Premissas básicas de uma medicina centrada na pessoa (STEWART et al, 1995). Aponta também que é preciso envolver os indivíduos nas ações, de maneira não impositiva e que apenas se há participação comunitária é possível assegurar sustentabilidade e efetividade das ações de saúde.

O modelo emergente de educação em saúde pode ser referido como modelo dialógico por ser o diálogo seu instrumento essencial. O usuário dos serviços é reconhecido sujeito portador de um saber, que embora diverso do saber técnico-científico não é deslegitimado pelos

serviços. De acordo com Briceño-Léon (1996), em um modelo dialógico e participativo, todos, profissionais e usuários, atuam como iguais na condição de sujeitos, ainda que com papéis e saberes diferenciados. O oposto à chamada “educação bancária”, que parte de uma concepção de homem a ser educado, portanto destituído de saber ou detentor de saberes equivocados (FREIRE, 2004).

O objetivo da comunicação dialógica não é o de informar para a saúde, mas de transformar saberes existentes, visando o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde. Porém, não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde de formas emancipatórias (CHIESA, VERÍSSIMO, 2003). “O respeito à dignidade e autonomia de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos conceder uns aos outros” (FREIRE, 1996, p.59).

Os estudos mostram que conselhos de saúde explícitos em mensagens unidirecionais, como “deverias praticar sexo seguro” ou “deverias deixar de fumar”, muito usados nas práticas educativas em saúde, têm eficácia limitada (BORREL, 2004). É sugerido buscar um diálogo. Estratégias práticas para abordar temas de saúde ultrapassando a fronteira do conselho e buscando o diálogo, têm sido propostas através da Entrevista Motivacional (BORREL, 2004).

Na educação em saúde relacionada à aderência às propostas terapêuticas, Pendleton et al (2007) enfatiza que além da aderência ao tratamento acordado aumentar quando o médico compartilha com os pacientes assuntos relacionados ao plano terapêutico, a valorização da autonomia do paciente e o envolvimento dele na consulta, desde o processo diagnóstico até as decisões a respeito do manejo do problema de saúde, afetam o resultado da consulta.

Na literatura relacionada ao ensino de habilidades de comunicação, o compartilhamento das orientações e decisões tem sido bastante enfatizado (PENDLETON et al, 2007). É enfatizado que a consulta deve envolver duas perspectivas, a do médico e a do paciente. A primeira é representada pelo conhecimento do funcionamento do corpo e de como as doenças se manifestam e evoluem. A perspectiva do paciente é representada por sua experiência de adoecer, as expectativas a respeito de como o problema será abordado, as repercussões na rotina de vida e no contexto social do adoecer e participação nas propostas terapêuticas.

Outro termo relacionado à tentativa de desvelar a realidade, descobrir os fatores determinantes e compreender melhor o sujeito do cuidado, como proposto pela Educação em Saúde, vem da literatura de comunicação médico-paciente que usa a expressão *agenda do paciente*, termo bastante enfatizado por Pendleton et al (1986), desde a publicação de seu primeiro livro “*The Consultation*”. Esse termo surge inicialmente no trabalho de Byrne e Long em 1976 e significa o resultado da busca em descobrir quais são as queixas, preocupações, sentimentos e expectativas associadas do sujeito que busca um atendimento (PENDLETON et al, 2007). Sabe-se que essa *agenda* influencia o resultado da consulta e por isso deve orientar o curso da entrevista. Assim, identificar e entender os motivos para o paciente procurar o médico deveria ser a primeira tarefa de toda consulta (PENDLETON et al, 2007).

No processo de *escuta atenta*, já abordado, pode surgir ainda o que BARSKY (1981) denominou de *agenda oculta*, que incluiria questões importantes, mas difíceis de serem expostas pelo paciente por motivos de ansiedade ou medo. Estudos mostram que o primeiro problema relatado não necessariamente é o mais preocupante para essa pessoa ou o motivo pelo qual realmente deseja consultar (SILVERMAN, 2008; KURTZ et al, 2005; BORRELL, 2004).

Outras ações consideradas importantes, relacionadas às fases da entrevista clínica (KURTZ et al, 2005; SILVERMAN, 1996; CLERIES, 2006; VON FRAGSTEIN et al, 2008), e que se relacionam com melhora do processo educativo individual são:

- No início da consulta: concentrar-se antes do começar a consulta, repassar a informação existente sobre o paciente. A importância de ao receber o paciente mostrar-se cordial, sorrir, apresentar-se, dizer o nome do paciente, mantendo contato visual e cuidar para haver uma situação de comodidade em relação ao espaço, ruído e interrupções.

- Na fase de Obtenção de informações: iniciar com perguntas abertas de maneira que o paciente tenha oportunidade de escolher o conteúdo das respostas. Em geral, os dados são mais reais e confiáveis quanto mais detalhes trazem (BORRELL 2004). Utilizar perguntas fechadas quando se considera necessário, por exemplo, quando o paciente é incapaz de responder a uma pergunta aberta. Evitar perguntas indutoras e facilitar a expressão do paciente através de gestos e

sinalizações facilitadoras, como por exemplo, sinalização com a cabeça. Expressões que estimulam que o paciente continue falando e que demonstram que o médico está escutando, como por exemplo, usar sinalização indicando estado de ânimo que foram percebidos, como: “te vejo preocupado”, “o senhor parece triste” e depois deixar tempo para que o paciente possa expressar o que sente. Outra estratégia de facilitação é usar perguntas de clarificação.

- Recomendam manter uma escuta atenta. Usar o silêncio chamado funcional, que é mediante uma atitude de interesse e escuta ativa, importante em situações de estado altamente emotivos, para permitir que o paciente elabore suas as emoções. Se não realizado adequadamente, por exemplo, quando o profissional está ansioso, é chamado silêncio disfuncional. Procurar ter uma baixa reatividade, que se relaciona com o tempo que o médico leva para interromper o paciente.

- Na fase de exploração da enfermidade e a experiência com a doença: Além da exploração da história e etiologia para diagnóstico diferencial, recomendam a importância de avaliar as dimensões da doença – os sentimentos, ideias, expectativas e medos do paciente. Procurar entender qual o impacto que os sintomas estão causando na vida do paciente. Conhecer a opinião do paciente sobre o que lhe está ocorrendo. Buscar uma compreensão da pessoa como um todo, explorando sua história de vida e desenvolvimento pessoal. Procurar conhecer o contexto da pessoa, sua família, emprego, comunidade, rede de apoio e a cultura em que está inserida. Aproveitar para avaliar riscos, para identificação precoce de doenças e redução de complicações.

- Recomendam ainda, observar a interferência do computador nas consultas. Abordar com alunos como reduzir a interferência do computador na relação médico-paciente, como por exemplo: “Com que frequência eu me dirijo à tela do computador ao invés de ao paciente?”. Observar também o equilíbrio de poder que está inerente na consulta e aspectos de transferência e contratransferência.

- Na fase de formulação e explicação do diagnóstico e construção do plano terapêutico: recomendam evitar linguagem técnica ou jargão médico, ser conciso, concreto e específico. Organizar a informação, usar material educativo se possível, fornecer informações por escrito e utilizar métodos adicionais para motivar o paciente a cumprir o plano terapêutico. Fazer um resumo das informações que o paciente trouxe e do que foi entendido demonstra interesse e que se está

escutando, além de confirmar que o entendido era realmente o que o paciente pretendia manifestar.

- Buscar a elaboração de um projeto comum de manejo e decisão compartilhada. Discutir definição de problemas e priorização. Estabelecer objetivos do tratamento e os papéis do paciente e do médico. Explicar alternativas possíveis e negociar planos. Ao mesmo tempo, ser realista em relação ao tempo, uso adequado dos recursos disponíveis e seus próprios limites. Acionar equipe quando necessário para divisão de tarefas. O plano deve considerar os princípios da prática baseada em evidência, em que as decisões a respeito de cuidados de saúde sejam baseadas na melhor evidência disponível, atualizada, válida e relevante e que isto deve estar integrado com a clínica e os valores do paciente e preferências.

- Na finalização da entrevista: os guias recomendam comprovar a capacidade de compreensão, checar entendimento do paciente, avaliar a aceitação do plano terapêutico, combinação do próximo encontro e orientação de onde e quem procurar até a próxima consulta em caso de dúvida ou necessidade.

Pelo *Calgary-Cambridge Guide Communication Process Skills*, os médicos devem buscar a identificação dos problemas de saúde prioritários para aquela consulta, abordar a agenda do paciente, que idealmente deve ser negociada entre o médico e o paciente antes do início da exploração dos problemas, pois a identificação precoce da agenda do paciente influencia o resultado final da consulta (SILVERMAN,1996; KURTZ et al. 2005).

Orientam também atenção à comunicação não-verbal e paralinguagem. Foi sugerido que cerca de 93% da nossa comunicação é não-verbal. Esse número varia conforme a tarefa e o meio de comunicação usado. Ou seja, mais do que palavras dependemos para ser claros (PENDLETON et al, 2007). E isso é fundamental num processo educativo, tanto na atenção individual, como comunitária.

Essas orientações têm coerência com os pressupostos da Educação em Saúde, na medida em que coloca o paciente em uma posição tão ativa quanto a do médico, pois estimula que seja a queixa do paciente que guie o momento clínico. Este repensar do lugar do paciente indica um dos alvos do projeto de humanização da medicina (BALLESTER, 2009).

Para isso, é fundamental entender o paciente como pessoa autônoma na relação médico-paciente (e nas demais relações sociais). Entretanto, defender a autonomia não é propor a inversão na relação de hegemonia que se tem hoje, mas reconhecer que ambos os sujeitos devem ter espaço e voz no processo, com respeito às diferenças de valores, expectativas, demandas, e objetivos entre eles (SOARES, 2007).

A relação é, e deve permanecer heterogênea, diversa, plural, mas com a concepção de que o sujeito do processo terapêutico é a pessoa doente. Nessa lógica, os médicos e demais profissionais, assim como a tecnologia médica, devem ser instrumentos que podem ser utilizados pelos pacientes, que devem ser estimulados a se tornarem mais ativos, críticos, conscientes, responsáveis e com maior empoderamento pelo seu processo saúde/doença (SOARES, 2007).

Nessa mesma linha de pensamento, os guias de ensino de comunicação médico-paciente enfatizam a importância do compartilhamento das orientações e decisões (SILVERMAN, 1996). É estimulado a valorização da autonomia do paciente e o seu envolvimento na consulta, desde o processo diagnóstico até as decisões a respeito do manejo do problema de saúde (PENDLETON et al, 2007).

Isso é embasado por estudos que mostram que as orientações dadas e a participação no planejamento terapêutico se relacionam positivamente com os resultados da consulta e que quando a aderência ao tratamento é acordada, e não imposta, há melhores resultados imediatos (PENDLETON et al, 2007). Além disso, foi observado que a aderência aumenta quando o médico compartilha com os pacientes assuntos relacionados ao plano terapêutico.

O resultado da consulta a médio prazo também se relaciona com a qualidade das orientações fornecidas, ou seja, com o compartilhamento dessas orientações entre médico e paciente. Explicações e recomendações feitas de forma generalizada e não personificadas tendem a ser menos efetivas. Se as orientações personificadas são formuladas com base no conhecimento da história individual e única de cada paciente, há melhores resultados da consulta. O compartilhamento das decisões também foi associado positivamente aos resultados da consulta a longo prazo, ou seja, com a melhora da saúde global do paciente (STEWART et al, 2000).

Para possibilitar a autonomia do paciente no processo terapêutico no ensino da comunicação médico-paciente, é preciso superar a dimensão autoritária ou paternalista dessas relações (SOARES, 2007).

Além disso, os guias e consensos sobre currículo de comunicação consideram importante entender os mecanismos pelos quais os pacientes, familiares e equipe reclamam, entender os sistemas que existem para reportar erros médicos e os papéis que podem ter em melhorar a segurança do paciente. Também, considerar o impacto de o paciente queixar-se do médico por um erro, e as fontes disponíveis (VON FRAGSTEIN et al, 2008).

Outra habilidade importante para o relacionamento médico-paciente é a reflexividade, considerando que toda prática clínica tem uma dimensão interpretativa. Isso inclui uma análise da influência das experiências do médico na interpretação realizada e no contexto em que o conhecimento é produzido (BAARTS; TULINIUS; REVETLOW, 2000).

A Abordagem Centrada na Pessoa tem demonstrado ser uma abordagem interessante na busca de um cuidado integral. O método/modelo pode ser aprendido e aplicado em 6 a 12 semanas e não necessita de maior tempo que visitas centradas na doença. Não há relação de altos escores de intervenções centradas no paciente com baixos escores de competência médica, como alguns podem pensar (STEWART et al, 1995).

Pesquisas nos EUA e Canadá demonstraram que visitas centradas nos pacientes estão associadas com maior satisfação, aderência, redução de sintomas e melhora do status psicológico. Por isso, é sugerido maior discussão deste modelo na formação médica. (STEWART et al, 1995)

Entretanto, não basta apenas uma aprendizagem de técnicas de habilidade de comunicação para formar um bom médico. É preciso cuidado para evitar o risco de reduzir o caráter da relação clínica a uma simples técnica ou procedimento aprendido por protocolos, sem considerar todos os determinantes envolvidos na relação, como o contexto em que ela ocorre e as inserções sociais dos atores envolvidos (SUCUPIRA, 2007).

É preciso “gostar de gente”, como é atribuída a frase a Amílcar Gigante, que consideraria este o requisito número um de um médico (OLIVEIRA; AGUIAR, 2007).

A grande parte dos estudos no tema de habilidades de comunicação se desenvolveu no campo do ensino médico, mas foi reconhecido que as necessidades e recomendações podem ser aplicadas no contexto de todos os profissionais da área da saúde. Inclusive a natureza interdisciplinar da comunicação tem crescido e enriquecido este campo de conhecimento (KURTZ et al, 2005). É importante que

todos que estejam envolvidos no processo de Educação em Saúde tanto com pacientes quanto com formação de profissionais tenham uma comunicação efetiva.

4.4 Estratégias metodológicas de ensino da comunicação médico-paciente

Quando se propõe um caminho diferente para ser médico, o processo educativo requer um caminho diferente para ensinar (STEWART et al, 1995).

A literatura europeia aponta a efetividade de estratégias metodológicas de ensino da comunicação médico-paciente pouco usuais no Brasil. Em países como Reino Unido e Holanda, a maioria das escolas médicas usa sistematicamente uma combinação de ensino em pequenos grupos, dramatizações com pacientes simulados e *feedback* com gravações em vídeo, com resultados satisfatórios (PENDLETON et al, 2007).

O ideal é que as habilidades de comunicação sejam ensinadas integradas a todas as disciplinas clínicas (PENDLETON et al, 2007). Um currículo planejado adequadamente para ensinar comunicação oferece oportunidades para os alunos revisarem, refinarem e construir habilidades enquanto simultaneamente adicionam novas habilidades num grau crescente de complexidade (VON FRAGSTEIN et al, 2008).

Como a comunicação clínica é complexa, os estudantes não podem demonstrar competências sem prática. A experiência prática pode vir de várias maneiras: sob supervisão com pacientes reais, numa encenação ou com pacientes simulados.

A gravação em vídeo representa o padrão-ouro do ensino de comunicação, por possibilitar a visualização de aspectos de comunicação verbal e não-verbal (KURTZ et al, 2005).

Maguire et al (1978) observaram a diferença no aperfeiçoamento de conhecimentos em um programa de treinamento de entrevista clínica em 4 grupos, com diferentes técnicas de ensino, desde somente a tradicional até com gravação em vídeos ou áudio, com ou sem tutor assistindo juntos, e com *feedback* por um tutor. Os resultados mostraram que o grupo que recebeu o benefício do vídeo demonstrou maior ganho significativo nas suas habilidades de comunicação.

As filmagens permitem os alunos reverem seus comportamentos e atitudes, possibilitando a discussão do significado de cada postura assumida. (SUCUPIRA, 2007).

As consultas gravadas podem ser reais ou simuladas e podem ilustrar diversos cenários médicos como o hospital ou a atenção primária. Essas demonstrações podem ser usadas em palestras, discussões de grupos ou seminários.

Em algumas escolas médicas há um chamado “Laboratório de Comunicação”, com grupos de aproximadamente vinte alunos, que praticam *role-play* de atuação na entrevista clínica, que favoreçam a evolução das capacidades de comunicação, antecedendo a prática das entrevistas com as pessoas. A representação é gravada em vídeo e apresentada na mesma reunião, permitindo observação detalhada e detida das modalidades comunicacionais, ensaio de várias possibilidades de interação e introdução de elementos técnicos focados na comunicação verbal e não-verbal do entrevistador, e nas fases da entrevista (recepção, apresentação, fase exploratória e a fase resolutiva) (DE MARCO et al, 2010).

Ballester (2009), em seu estudo, analisou filmagens de consulta de residentes de Pediatria, no início e no final do estágio ambulatorial, buscando analisar se o modelo de temas, adotado, permitia ao residente, após um ano de estágio, conduzir uma consulta com a inclusão da perspectiva dos pais.

Sabe-se que há outras experiências não publicadas com utilização de filmagens de consultas em outras escolas médicas brasileiras e em alguns Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade.

Através da Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade, médicos de família fazem sessões mensais de análise de filmagem de suas consultas na metodologia PBI (Problem Based Interview) (LESSER, 1985), baseados na experiência do Grupo de Comunicação em Saúde da SEMFYC (Sociedade Espanhola de Medicina de Família e Comunidade), de Barcelona. O relato dos participantes é de que as sessões mudam sua prática por estimular a capacidade de “ver-se atuar” nas consultas posteriores aos encontros, promovendo uma prática mais reflexiva e com a sensação de melhoria nas próprias habilidades de comunicação na relação clínica (BORRELL; DOHMS; FONTCUBERTA in GUSSO, LOPES, 2012).

Esse método de análise de vídeo-gravações de consultas médicas é usado há cerca de 20 anos. Foi iniciado no Canadá e Inglaterra e há grupos que utilizam periodicamente esse método entre médicos na Espanha (BORRELL; DOHMS; FONTCUBERTA in GUSSO, LOPES, 2012).

Pode ser usado com um grupo de alunos ou individualmente. É importante deixar claro a “Regra dos 3 C” usada na sua condução: informa-se aos participantes com ênfase que serão trabalhadas técnicas de Comunicação, o objetivo é ser Construtivo e há um Controle, em que a pessoa gravada sempre fala primeiro, e pode parar a gravação quando quiser (SEMFYC, 2010).

Inicialmente as pessoas podem se sentir assustadas com a idéia de serem gravadas em vídeo, mas depois que iniciam as gravações, a tendência é que esqueçam a câmera após os primeiros minutos de filmagem. Se for realizado em grupo é necessário criar um clima de confiança, para evitar possíveis constrangimentos.

O próprio vídeo por si só já é didático pela experiência de se ver atuando. Na dinâmica da análise da gravação, primeiro fala o analisado, como se sentiu, suas dificuldades. Depois o monitor e o grupo devem assinalar os aspectos positivos. Só depois recomenda-se apontar o que poderia ser feito de outra forma através de alternativas concretas, como “Às vezes nessa situação ajuda...”.

O consentimento informado assinado é de extrema importância e é melhor que esse termo seja entregue pelo professor/tutor, e que explique o consentimento ao paciente, juntamente com o aluno.

A **Simulação** é uma metodologia também muito usada. Consultas simuladas podem ser criadas usando membros da equipe de professores, pessoas voluntárias ou atores profissionais. É possível usar *pacientes simulados estandarizados*, ou seja, pessoas treinadas que representam casos previamente elaborados por uma equipe de tutores e que repetem um mesmo caso para todos os alunos, o que facilita a comparação e avaliação (KURTZ et al, 2005).

As simulações podem ser particularmente mais úteis e potentes quando o estudante se encontra com o paciente simulado sozinho e recebe um *feedback* do próprio paciente simulado logo após o seu desempenho, que chama de *paciente simulado instrutor*, ou quando recebe um *feedback* de um tutor após assistir ao seu desempenho de uma consulta gravada (DENT, 2009). Além disso, simulações podem ser desenvolvidas em complexidade crescente de habilidades.

Outro recurso muito interessante e sem grandes custos é a **Encenação**. Os alunos podem encenar o papel do paciente e do médico numa consulta simulada. Esta pode ser uma introdução muito útil quando os alunos são incapazes de explorar a perspectiva do paciente. Além disso, a situação de estar no papel do paciente, médico e observador pode contribuir para consciência do aluno sobre suas próprias necessidades de aprendizagem (DENT, 2009).

A encenação tem muitas vantagens, como parar a consulta em partes e refazer, na tentativa de buscar diferentes abordagens para encontrar diferentes soluções para vários temas de comunicação. E pode evocar sentimentos profundos, devendo ser usada em um ambiente com suporte.

Além disso, a estratégia da **Observação direta** é muito importante. Observar os alunos em treinamento é extremamente importante e talvez o maior problema na avaliação de habilidades clínicas seja simplesmente obter capacidade de observar estudantes. Estudo feito pela AAMC mostrou que raramente os alunos são observados interagindo com os pacientes nas escolas médicas (HOLMBOE, 2008).

Alguns estudos afirmam que 4 a 7 observações produzem confiabilidade suficiente na avaliação de habilidades clínicas para determinar “aprovação-reprovação”. Entretanto é preciso um treinamento por parte do professor para detectar erros. O American Board of Internal Medicine (ABIM) encontrou deficiências nos avaliadores. Foi demonstrado que avaliadores falharam em até 68% em detectar erros cometidos no desempenho de um residente em gravação de vídeo. Estudos mostram que os médicos em geral apresentam deficiências em habilidades clínicas e professores sentem-se desconfortáveis em admitir suas limitações (HOLMBOE, 2008).

Estratégias para melhorar a observação comportamental focados na percepção, detecção e treinamento do desempenho atual são: aumentar o número de observações dos seus alunos, registrar observações regularmente, como num diário ou caderno de bolso de anotações. Registrar diariamente pelo menos 1 item que o aluno fez bem, 1 item que ele poderia melhorar e o plano para ajudá-lo a melhorar. Isso leva 5 a 10 minutos e forma uma rica fonte de observações. Outra estratégia é preparar previamente os objetivos da observação antes de o paciente entrar na sala (HOLMBOE, 2008).

Outra questão importante para ser analisada é como minimizar a interferência na interação aluno-paciente. Tutor e aluno podem analisar a melhor maneira de o tutor se posicionar e a disposição da mesa de maneira a maximizar a capacidade de observação enquanto minimiza a interferência (HOLMBOE, 2008).

Borrell (2004) sugere como guia de discussão com estudantes de graduação um debate sobre o compromisso com o sofrimento, abordar exemplos práticos: o profissional irônico, o profissional culpabilizador e a frieza do técnico. Sugere que é conveniente se basear em situações-

problemas, que podem ser introduzidas por um vídeo, o mais próximo possível da realidade do discente. O ideal seriam sessões com grupos pequenos (até 25 pessoas), de no máximo 3 horas, com um tutor acessível e assertivo, que conduza de forma participativa e prática.

Saber fazer bem algo, não significa saber ensinar. Por outro lado, para saber ensinar é preciso saber fazer e praticar. Além disso, quem ensina precisa saber dar um *feedback* de qualidade aos que aprendem (PENDLETON et al, 2007).

Esses métodos podem ser usados tanto para cenário de ensino como em avaliações. Muitas escolas mesclam as possibilidades, de acordo com os recursos disponíveis. Apesar de já haver experiências com essas metodologias no Brasil (BALLESTER, 2009; DE MARCO et al, 2010), não há ainda uma sistematização para todas as universidades.

Essas estratégias podem ajudar para que cada profissional conheça melhor suas próprias zonas de irritabilidade nas relações interpessoais. Entretanto, não adianta apenas técnicas, pois na ausência de um genuíno interesse pelos problemas de uma determinada pessoa, o mais provável é que, por exemplo, uma empatia verbal pareça um ato mecânico incapaz de tocar o paciente (BORREL, 2004).

O Documento “Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina” (SBMFC/ABEM, 2009) recomenda em relação às estratégias de ensino:

- Metodologias dialógicas e ativas de ensino-aprendizagem como referência das práticas nas Unidades de Saúde, integrando prática e teoria, problematizando a realidade e possibilitando uma reflexão sobre a prática profissional, trabalhando em pequenos grupos de forma espiral (progressiva) e com diversidade de cenários e atividades;
- Favorecer ambiente multiprofissional e interdisciplinar, e atuação conjunta com estudantes e profissionais de outras áreas;
- Inserção significativa (objetivos claros de ensino e cronograma de trabalho, evitando estágios de observação apenas); estratégias que impliquem o aluno na corresponsabilização do cuidado/contribuição para o serviço em que ocorre a prática, construindo projetos terapêuticos com a equipe de saúde dentro de cada unidade;
- Inserção no contexto do desenvolvimento das habilidades clínicas, com foco no seguimento de pessoas e famílias desde o início da graduação;

- Integração com outras disciplinas no curso de Medicina, possibilitando espaços de troca, tanto ao longo do curso como num semestre específico;
- Promover a construção e a utilização de condutas baseadas em evidências científicas, estimulando e aproximando o aluno da investigação e da produção científica, ao mesmo tempo não se esquecendo de singularizar o processo de produção do cuidado;
- Inserção desde o início do curso e com continuidade ao longo de todo o curso, num modelo em espiral crescente de complexidade e de preferência com atividades na APS e em todos os períodos (semestre ou anos) do curso;

Todas as estratégias metodológicas devem buscar uma reflexão da prática individual, o desenvolvimento do auto-conhecimento e de habilidades de enfrentamento. Não há uma única maneira correta de comunicar-se. O ensino pretende trazer questões geradoras de reflexão, a partir de como valoramos os outros e como pensamos que podemos ajudá-los (THISTLEHWAITE, 2006).

Os pressupostos assumidos foram que o ensino de habilidades de comunicação na Educação Médica brasileira está aquém do preconizado pelos consensos internacionais sobre currículo de comunicação; e que há experiências em universidades europeias que podem trazer contribuições para o ensino da comunicação médico-paciente no Brasil.

5. Metodologia

Em 2006, a pesquisadora realizou seu trabalho de conclusão de curso da Residência em Medicina de Família e Comunidade, com o título “O Processo Educativo Na Atenção Individual: Um Estudo de Equipes do Programa Saúde da Família (PSF) no Município de Florianópolis (SC)”, sob orientação do Professor Marco Da Ros e Luiz Roberto Cutolo (DOHMS, CANTO, 2006). Nesse estudo entrevistou profissionais de saúde da Atenção Primária, buscando observar características de opções pedagógicas e Estilos de Pensamento. Realizou uma pesquisa qualitativa com análise de conteúdo temática de fala, através de entrevistas utilizando situações-problema do cotidiano dos profissionais. O processo educativo foi dividido em 3 categorias: Ideologia Hegemônica, Intermediária e Ideologia da Integralidade. O tema despertou o interesse em aprofundar a abordagem individual na Atenção Primária e seu ensino na graduação de Medicina.

Desde 2008, quando a pesquisadora iniciou a participação no Núcleo de Estudos e Pesquisa em Educação Médica (NEPEME) da UFSC, aprofundou a discussão sobre o ensino-aprendizagem da relação médico-paciente. Teve conhecimento de um estudo sobre avaliação da percepção dos alunos de Medicina da UFSC antes da reforma curricular, e outro estudo similar depois da reforma, comparando as mudanças após o processo de reforma curricular do curso (GROSSEMAN, 2008; STOCK, 2009).

Pela revisão de literatura pode-se observar que o ensino médico na área de comunicação médico-paciente apresenta um “gap” em relação ao ensino nas escolas europeias e norte-americanas. Para tentar entender melhor essas diferenças e a escassez na produção científica brasileira em relação aos países europeus, surgiu a ideia de dar continuidade aos estudos já realizados na UFSC sobre esse tema, ampliando o estudo para análise dos diferenciais nesse ensino em experiências reconhecidas por especialistas da área como bem sucedidas.

Foi realizado então um estudo exploratório qualitativo, pois, segundo Minayo, este tipo de pesquisa permite uma abordagem subjetiva, trabalha com mensagens, com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade para compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, que por sua vez são depositários de crença, valores, atitudes e hábitos (MINAYO, 1994).

Foram investigados alunos do último ano de Medicina de três cursos de graduação. Para coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, que é um instrumento para orientar uma conversa com finalidade específica, servindo de facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação, ao redor de tópicos de interesse do pesquisador. A entrevista é bastante adequada para obtenção de informações a respeito do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes (MINAYO,1994).

Para Minayo, a entrevista semiestruturada considera a tendência a maior flexibilidade de abordagem dos assuntos, pela permissão de manifestações frequentes das próprias preocupações e ênfases que os entrevistados dão aos assuntos em pauta, possibilitando atingir regiões inacessíveis à simples perguntas e respostas (MINAYO,1994).

Segundo Triviños, na pesquisa qualitativa, de fundamentação teórica, fenomenológica, pode-se usar recursos aleatórios para fixar a amostra. Isto é, procura uma espécie de representatividade do grupo maior do que os sujeitos que participarão no estudo. Porém, não é em geral, preocupação dela a quantificação da amostra. E, pode-se decidir intencionalmente os investigados, considerando uma série de condições (sujeitos que sejam essenciais ou em situações sociais que os tornam particularmente importantes como informantes, segundo o ponto de vista do investigador para o esclarecimento do assunto em foco; facilidade para se encontrar com as pessoas; tempo dos indivíduos para as entrevistas), o tamanho da amostra (TRIVIÑOS, 1987).

Assim, a amostra foi determinada por saturação ou recorrência dos dados, isto é, aquele momento no qual a busca de novos sujeitos não acrescenta dados novos à investigação (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Buscou-se, dentro de seu universo, a maior diversidade possível, de forma a contemplar as diferentes perspectivas do problema e obter uma saturação dos dados adequada. A pesquisa qualitativa tende a produzir grandes quantidades de dados narrativos, e torna-se impraticável para o pesquisador utilizar amostras grandes e representativas para obter dados.

Além de entrevistas semiestruturadas com alunos de medicina, a coleta de dados foi complementada com informações em Diário de Campo da pesquisadora, e quando necessário, complementação de informações com entrevistas informais abertas com informantes-chaves, dirigidas a dúvidas contextuais que surgiam, e análise de documentos,

quando necessário. Foram realizadas entrevistas-piloto com 3 alunos de medicina em uma escola médica de Barcelona.

As escolas médicas escolhidas para estudos foram a da UFSC na cidade de Florianópolis, no Brasil; a escola da Universidade Rovira i Virgili, na cidade de Reus, na Espanha; e a da Universidade Radboud, na cidade de Nijmegen, na Holanda.

A escola brasileira estudada é uma universidade que não tem um ensino de habilidades de comunicação médico-paciente estruturado. Nesta escola não foram realizadas entrevistas, tendo sido utilizados dados secundários de pesquisa já realizada e publicada com 25 de 50 alunos do último ano do curso de medicina (STOCK, 2009).

Os campos de pesquisa fora do Brasil foram selecionados por diferentes critérios. Na Espanha, houve uma conjunção de fatores: o país foi escolhido por uma associação de conveniência (oportunidade da pesquisadora, sem financiamento específico, poder realizar lá a pesquisa), com critérios de seleção específicos: por suas características de ser um país europeu cujo Sistema de Saúde é um dos mais similares ao Brasil (em relação aos demais países europeus).

Por indicação do coordenador do Grupo de Pesquisa em Comunicação e Saúde da Sociedade Espanhola de Medicina de Família e Comunidade (SEMFYC), foi iniciado estudo com a Universidade Rovira i Virgili, em Reus, por essa escola ter o diferencial inovador em reação a outras escolas espanholas, de possuir um Laboratório de Habilidades de Comunicação para os alunos de Medicina e ter ensino organizado há 14 anos com os chamados “Pacientes Simulados portadores de *Feedback*”, que são pessoas treinadas para atuarem em uma situação clínica com os alunos. Após a simulação, fornecem um *feedback* avaliativo ao aluno.

Foi realizado previamente análise de documentos públicos e outros fornecidos pelo coordenador do Laboratório referentes à organização do currículo da graduação dessa universidade e à organização do Laboratório de Comunicação. Foi elaborado um diário de campo com anotações sobre complementações de informações com entrevistas abertas, dirigidas a esclarecimentos de dúvidas com informantes-chaves, como o coordenador do curso de Medicina, o professor coordenador do laboratório e com pessoas que trabalham no Laboratório de Comunicação como pacientes-simulados e bolsistas.

Houve gravação em áudio de entrevistas semiestruturadas com 21 alunos de medicina do último semestre, com roteiro similar ao usado nas pesquisas anteriores com alunos do último semestre da UFSC. As entrevistas eram feitas por escolha por conveniência de alunos, após

atividade do Laboratório de Comunicação. Todos os alunos foram convidados, mas participavam os que podiam ficar após o horário para a entrevista.

A pesquisadora participou ainda como observadora, como acompanhante de pacientes-simulados, em atividade do Laboratório de Comunicação, para complementação de informações. Além disso, realizou observação também em consultas médicas para entender melhor o sistema de saúde no qual o currículo está inserido e visita aos locais de ensino, guiada por professores e alunos de graduação.

Na coleta de dados, observou-se que essa escola médica espanhola, considerada como uma das mais avançadas no ensino de comunicação na Espanha, tinha como referência os currículos de comunicação holandês, inglês e canadenses. Os principais pesquisadores em currículo de comunicação na Espanha informaram que o objetivo era alcançar o ensino de comunicação desses países.

Surgiu então a ideia de estudar o ensino holandês de comunicação, com o objetivo de aprofundar a origem das inovações observadas e buscar a possibilidade de mais contribuições ao modelo brasileiro.

Numa universidade holandesa em que havia o contato prévio com um dos professores espanhóis, a pesquisadora foi complementar as informações observadas em literatura. Na Holanda a intenção não era repetir o mesmo questionário com o mesmo número de alunos para comparação, e sim focar nas diferenças de ensino em relação ao Brasil e Espanha. Por isso, houve flexibilização do roteiro, buscando aprofundar os temas que apareciam como inovadores em relação ao Brasil, em especial o aprendizado com pacientes-simulados e com vídeogravação.

A Holanda foi escolhida por ser uma referência importante na literatura sobre habilidades de comunicação e pela oportunidade de contato com profissionais na escola estudada, na cidade de Nijmegen.

Ali foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 2 alunos de Medicina que estavam presentes nos locais de ensino visitados, e registro em diário de campo de várias outras entrevistas com informantes-chaves, como o coordenador do Departamento de Atenção Primária da universidade, com um dos médicos que orienta alunos na prática da Atenção Primária e com mais 3 alunos de Medicina, ativados por meio de redes de contatos via internet.

A pesquisadora realizou observação em algumas consultas médicas também nesse país, para entender melhor o sistema de saúde no

qual o currículo está inserido e visita aos locais de ensino guiada por professores e alunos de graduação.

Todas as entrevistas tiveram como questões norteadoras o significado da relação médico-paciente e como ocorreu o ensino-aprendizagem da relação médico-paciente nestas escolas, conforme roteiro apresentado no apêndice 1.

A análise dos dados se deu por análise de conteúdo através da análise temática, com codificação inicial e categorização posterior, buscando-se abordar os temas emergentes, agrupando em categorias e subcategorias (BARDIN, 2002). Antecipando o recorte e a apresentação dos resultados, em conformidade com os objetivos do estudo, optou-se por selecionar, dentre o grande volume de dados obtido, somente as categorias relacionadas às potencialidades e contribuições mais inovadoras encontradas no ensino da comunicação médico-paciente para apresentação e discussão, apresentadas, conforme as regras do programa de Pós-Graduação, em forma de um artigo científico. Essas potencialidades encontradas foram agrupadas em principais estratégias de aprendizagem utilizadas e em relação ao ambiente de ensino. As principais potencialidades encontradas nas escolas médicas estudadas foram a aprendizagem por modelos, treinamento com pacientes simulados, o uso da videogravação e a Atenção Primária à Saúde (APS) como ambiente privilegiado desse ensino.

Estimulou-se, nas entrevistas, narrativas dos alunos sobre seu aprendizado da relação clínica, o que permite uma boa apreciação deste processo. Como explicita Favoreto e Cabral (2009), a narrativa e sua análise representam uma ferramenta conceitual e operativa. Ao incorporar e ordenar os eventos, subjetiva e cronologicamente, as narrativas pessoais produzem um enredo que integra causa e efeito com as variáveis do caráter humano e da motivação pessoal.

Burke (1992) concebe a narrativa como mediação entre estrutura e acontecimento. Metodologicamente, Burke propõe "densificar" a narrativa, ou seja, construir narrativas que possam lidar não só com a sequência dos acontecimentos e as intenções conscientes dos atores, como também com as estruturas – que ele traduz como instituições, modos de pensar – e argumentar se elas retardam ou aceleram acontecimentos (BURKE, 1992).

Ao valorizar a experiência pessoal dos agentes e assumir o papel formador (de identidades e construindo a realidade) do “contar histórias” (CUNHA, 1997), percebemos ecos da abordagem culturalista de Kleinman (1980) e também do papel estrutural-estruturante do *habitus* de Bourdieu (1980).

A análise de narrativas se mostra uma técnica metodológica que pode provocar mudanças na forma como as pessoas compreendem a si próprias e aos outros e, por este motivo, também são importantes estratégias formadoras de consciência numa perspectiva emancipadora (CUNHA, 1997).

O Diário de Campo foi usado também como instrumento para anotação de percepções por parte da pesquisadora, sendo que estas informações também serão utilizadas como subsídios, na análise dos dados.

Todas as gravações foram transcritas com posterior análise.

Como critério de seleção de revisão bibliográfica usado para o presente estudo, foi realizada revisão bibliográfica no MEDLINE, SCIELO e LILACS, com pesquisas dos últimos 5 anos, com as palavras chaves em inglês e português: “comunicação médico-paciente” e associação com “educação médica”. Foram associados também artigos publicados há mais de 5 anos considerados de referência pelos artigos mais atuais e também foram selecionados livros considerados de relevância sobre o tema.

5.1 Cuidados éticos

As entrevistas foram agendadas em contato prévio com os sujeitos do estudo, sendo exposto o direito de participar ou não da pesquisa. Na realização da entrevista foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que esclarece sobre os objetivos da pesquisa, da utilização do recurso de gravação em áudio, do compromisso de utilizar o conteúdo das entrevistas de forma sigilosa e de não publicar informações coletadas que não forem consentidas.

Em relação à divulgação dos dados da pesquisa, os nomes dos participantes serão ocultados de modo a preservar a identidade das pessoas.

O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação da Coordenação do Curso de Medicina das universidades envolvidas e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (CEP-UFSC), de acordo com as resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado em outubro de 2009, com Folha de Rosto número 293503, com aprovação de um adendo posterior referente à coleta de dados fora do Brasil.

Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido informando os objetivos, método, riscos e implicações, foi apresentado traduzido para o inglês e espanhol pela pesquisadora e preenchido pelos participantes da pesquisa (apêndice 2).

Não há conflito de interesses dos pesquisadores em relação a essa pesquisa e ao trabalho de campo.

Os resultados fazem parte da dissertação de mestrado da autora e de futuras publicações científicas.

Todos os recursos decorrentes da pesquisa foram custeados pela própria pesquisadora e não há qualquer tipo de remuneração.

6. Resultados e discussão

Conforme o Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, a forma de apresentação dos resultados das dissertações de mestrado é por meio de pelo menos um artigo. Por essa razão, os resultados e a discussão deste estudo estão sob a forma de artigo científico, correspondendo ao item 9 com o título de “POTENCIALIDADES NO ENSINO-APRENDIZAGEM DA COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM UMA ESCOLA BRASILEIRA, ESPANHOLA E HOLANDESA”, que será enviado à Revista Brasileira de Educação Médica.

7. Referências Bibliográficas

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. v.9, n.16. 2005. p. 39-52.

ANEAS, T. V.; AYRES J. R. C. M. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. v.15, n.38. 2011. p. 651-662,

AYRES, J. R. C. M. 2004a. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v.8, n.14. 2004. p. 73-92.

AYRES, J. R. C. M. 2004b. O Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Sociedade*. v.13, n.3. 2004.p.16-29.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.6, n.1. 2001 p. 63-72,

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*, v.17, n.1. 2007. p. 43-62,

BAARTS, C.; TULINIUS, C.; REVENTLOW, S. Reflexivity – a strategy for a patient-centred approach in general practice. *Family Practice*, vol 17, n.5, 2000.

BALINT, M. O médico, seu paciente e a doença. Trad. De Roberto de Oliveira Musachio. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, 291p.

BALLESTER, D. Ensino do residente de pediatria em um ambulatório geral: análise da consulta. 245 folhas. Tese. Doutorado em Medicina – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Pediatria. São Paulo, 2009.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002, 269p.

BARSKY, A. J. Hidden reasons some patients visits doctors. *Ann Intern Med*. N. 94. 1981. p. 492-8

BECKMAN, H. B.; FRANKEL, R. M. The effect of physician behavior

on the collection of data. *Ann Intern Med.* N. 101. 1984. p. 692-6

BORREL, F.; DOHMS, M. C.; FONTCUBERTA, J. M. B. Utilização da filmagem de consultas para o aprendizado. In: GUSSO, G. D.; LOPES, J. M. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. *Artmed*, 2012 [no prelo]

BORRELL, F. Entrevista Clínica. Manual de estratégias prácticas. Barcelona: SEMFyC, 2004, 372p.

BOURDIEU, P. *Le Sens Pratique*. Paris: Minuit. 1980

BRASIL. 2001. Resolução Conselho Nacional de Ensino / Câmara de Ensino Superior N° 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001. <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf> (acessado em 18/09/09).

BRASIL. 1997. Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. 2006. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde: ilustrada / Ministério da Saúde. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Editora Ministério da Saúde. Aprovada pela portaria Ministério da Saúde nº 675, de 30 de março de 2006.

BRASIL. 2008. Política Humanização HumanizaSUS. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 4.ª edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2008

BRASIL. 2010. Cadernos HumanizaSUS. Volume 2 Atenção Básica. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2010.

BRICEÑO-LÉON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*, v.12, n.1. 1996. p.7-30.

BURKE, P. A escrita da história: novas perspectivas. São Paulo: Editora Unesp, 1992.

BYRNE, O. S.; LONG, B. Doctor talking to Patients. Londres: Her Majesty's Stationary Office, 1976.

CAMPOS, G. W. S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16. n 7. 2011. p. 3033-3040.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, 2000. p. 393-403.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 23, 2007. p. 399-408.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 15. n. 3.1999. p. 647-654.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico, *Ciência e saúde coletiva*. v. 9, n. 1, 2004. p. 139-146.

CECÍLIO, L. C. O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 151-167.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. O. R. A educação em saúde na prática do PSF. *Manual de enfermagem*. Disponível em: <www.ids-saude.org.br/enfermagem>. Acesso em: 17 fev. 2003.

CLÈRIES, X. *La Comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de La salud*. Barcelona, España: Elsevier Masson, 2006, 138p.

COSTA, M.; LÓPEZ E. *Educación para la salud*. Madrid: Pirámide, 1996. p. 2 5-58.

CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.

CUNHA, M. I. *Conta-me agora! As narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino*. *Revista Faculdade de Educação*. v. 23, n. 1-2, 1997.

DA ROS, M. A. *Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de LudwikFleck*. Tese. Doutorado em Educação e Ciência – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.

DE MARCO, M. A.; VESSONI, A. L.; CAPELO, A.; DIAS, C. C. Laboratório de comunicação: ampliando as habilidades do estudante de medicina para a prática da entrevista. *Interface, Comunicação Saúde Educação*. v. 14, n.32. 2010. p. 217-27.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. O que é Bioética. São Paulo: Brasiliense, 2002, 119p.

DIXON, M.; SWEENEY, K. The human effect in medicine: theory, research and practice. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2000.

DOHMS, M. C.; CANTO, L. O processo educativo na atenção individual: Um estudo de equipes do Programa Saúde da Família (PSF) no Município de Florianópolis (SC), 72 folhas. Monografia. Residência em Medicina de Família e Comunidade – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

ENTRALGO, P. L. El médico y el enfermo. 2a ed. Madrid: Triacastela, 2003.

EPSTEIN, R. M. Mindful Practice. *JAMA*, v. 282. n. 9. 1999. p 833-839.

FAVORETO, C. A. O.; CABRAL, C. C. Narraciones sobre el proceso salud-enfermedad: experiencias en grupos operativos de educación en salud. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação* v.13, n. 28. 2009. p.7-18.

FERREIRA, R. C, FIORINI, V, M, L, CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 34. n. 2. 2010, p. 207-215

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos d. Saúde Pública*. v. 24. n.1. 2008, p. 17-27.

FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980

FRANCO, A. L. S. BASTOS, A, C, S. ALVES, V. S. A relação médico-paciente no programa saúde da família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 21. n. 1. 2005. p. 246-255.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996, 148p.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. 39 ed. São Paulo. Paz e Terra, 2004, 176p.

GENERAL MEDICAL COUNCIL. *Good Medical Practice*. London: GMC, 2001,48p.

GOFFMAN, E. *Manicônios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GRACIA, D. Prefácio In ENTRALGO, P. L. *El médico y el enfermo*. 2a ed. Madrid: Triacastela, 2003.

GROSSEMAN, S.; PATRICIO, Z. M. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção da educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. v. 28, n. 2. Rio de Janeiro 2004. p. 99-105

GROSSEMAN, S.; STOLL C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente. Estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica* v. 32. n. 3. 2008. p. 301-308.

HABERMAS, J. *Teoria de La acción comunicativa*. Madrid: Taurus, 1989.

HOJAT, M.; et al. The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. *Academic Medicine*. v. 84. 2009. p. 1182-1191.

HOLMBOE, E. S. *Practical Guide to the evaluation of clinical competence*. National Board of Medical Examiners. Philadelphia: Mosby 2008.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE EXPERT PANEL (IPEC). *Core Competencies for interprofessional Collaborative practice: Report of an expert panel*. Washington, D.C. Interprofessional Education Collaborative, 2011. (<http://www.asph.org/userfiles/CollaborativePractice.pdf> acessado em nov 2011).

KLEINMAN, A. *Patients and Healers in the Context of Cultures. An Exploration of Boderland between Anthropology and Psychiatry*. Berkeley/Los Angeles: University of California Press, 1980.

- KLEINMAN, A. *The Illness Narratives*. New York: Basic Books, 1988.
- KURTZ, S.; SILVERMAN, J.; DRAPER, J. *Teaching and learning Communication Skills in Medicine*. 2nd ed. Oxford, UK: Radcliffe Medical Press, UK, 2005, 369p.
- LESSER, A. L. Problem-Based interviewing in general practice: a model *Medical Education* 1985; 19 (299-304)
- LEVINSON, W, ROTER, D. L.; MULLOOLY, J. P.; DULL, V .T.; FRANKEL, R. M. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*. v. 277. n. 7. 1997. p. 553-9.
- LÉVI-STRAUSS, C. *O Pensamento selvagem*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1976.
- Library and Archives Canada.
<http://www.collectionscanada.gc.ca/physicians/030002-2300-e.html>
 Acesso em novembro de 2011.
- LINSSEN, T.; DALEN, J. V.; RETHANS, J. J. Simulating the longitudinal doctor-patient relationship: experiences of simulated patients in successive consultations. *Medical Education*. v. 41. 2007. p. 873-878
- LITTLE, P.; et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ*. v. 323. n. 7318. 2001. p. 908-11
- MAGUIRE, P, RUTTER, D. History talking for medical students. Deficiencies in performance. *Lancet*. v. 2. 1976. p. 556-8
- MAGUIRE, P.; FAIRNAIRN, S. FLETCHER, C. Consultation skills of young doctors: II Most young doctors are bad at giving information. *BMJ*. v. 292. 1986. p. 1576-1578.
- MAGUIRE, P.; ROE, P.; GOLDBERG, D.; JONES, S.; HYDE, C. The value of feedback in teaching interviewing skills to medical students. *Psychol med*. v. 8. 1978. p. 695-704.
- MAKOUL, G. And participants in the Bayer-Fetzer Conference on Physician-patient communication in medical education. *Essential Elements of Communication in Medical Encounters: the Kalamazoo Consensus Statement*. *Acad Med*. 2001. p. 390-393.

MARTINS, A. Filosofia e saúde: métodos genealógico e filosófico-conceitual. *Cadernos de Saúde Publica*. v.20, n. 4. 2004. p. 950-8.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Publica*. v.20, n. 5. 2004. p. 1411-6.

MCWHINNEY, I. *A textbook of Family Medicine*. New York: Oxford University Press, 1989.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. *Saúde em Debate*. v. 27. n. 65. 2003.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3 ed. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 2004, 269p.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A.; TURATO, E. R. Medical students' perceptions of their learning about the doctor-patient relationship: a qualitative study. *São Paulo: Medical Education*, 2006. p. 322–328

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na Atenção Primária à Saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. v.2., n. 9. 2009. p. 2012-2020.

NUNES, P. Prefácio. In BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Trad. De Roberto de Oliveira Musachio. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

OLIVEIRA, V. A. O.; AGUIAR, R. A. T. *Seminário Internacional: desafios do ensino da atenção básica nas escolas médicas*, Brasília, 2007. disponível em http://www.fcmupe.com.br/~upload/FCM/Documentos/textos_seminario_internacional.pdf, pag 27

PENDLETON, D, SCHOFIELD, T.; TATE, P.; HAVELOCK, P. *The consultation; an approach to learning and teaching*. Oxford: Oxford University Press, 1986.

PENDLETON, D.; SCHOFIELD, T.; TATE, P.; HAVELOCK, P. *The new Consultation: developing doctor-patient communication*. Oxford, 2007, 143p.

RABINOWITZ, I. Length of patient's monologue, rate of completion, and relation to other components of the clinical encounter: observation intervention study in primary care. *BMJ*, vol. 328, 2004, p 501-502

- RIVERA, F. J. U. Agir comunicativo e planejamento social uma critica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: Editora Fiocriz, 1995, 253p.
- RIVERA, F.J. U.; ARTMANN,E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Ciência&SaúdeColetiva*. v. 4. n. 2. 1999. p. 355-365.
- ROGERS, C. Empathic: An Unappreciated Way of Being. La Jolla, California. *The Counseling Psychologist*, 1975, v.5, n 2-10.
- ROGERS, C. R. Significant aspects of Client-Centered Therapy. First published in *American Psychologist*. 1946. 1 Disponível em: <http://psychclassics.yorku.ca/Rogers/therapy.htm>. Acessado em: 12 jul. 2010.
- ROGERS, C. R. The foundations of the person-centred approach. 1979. Disponível em: <http://www.if-development.co.uk/Facilitation/Person%20centered%20approach.pdf>. Acessado em: 18 nov. 2010.
- ROTER, D. L.; HALL, J. A. Studies of doctor-patient interaction. *Annu. Rev. Public Health*. v. 10. 1989. p. 163-80.
- ROSSI, P. S.; BATISTA, N. A. O ensino da comunicação na graduação de medicina – uma abordagem. *Interface, comunicação, saúde, educação*. v. 10, n 19. 2006. p 93-102.
- ROTER, D. L.; STEWART, M.; PUTNAM, S.M.; LIPKIN, M. Jr.; STILES, W.; INUI, T. S. Communication patterns of primary care physicians. *Jama*. v.7. n. 4. 1997. p. 350-6.
- SCHRAIBER, L. B. O médico e suas interações: A crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Hucitec, 2008, 254p.
- SILVERMAN, J. D.; KURTZ, S. M.; DRAPER, J. The Calgary-Cambridge approach to communication skills teaching. The Set-Go method of descriptive feedback. *Educ Gen Pract*. v. 8. 1996. p. 16-23.
- SILVERMAN, J.; KURTZ, S.; DRAPER, J. *Skills for Communicating with Patients*. Radcliffe, UK. Publishing. Ltda, 2008.
- SIMPSON, M. et al. Doctor-patient communication: The Toronto consensus statement. *British Medical Journal*, v. 303. 1991. p. 1385-1387.
- SOARES, J. C. R. S.; CAMARGO JUNIOR, K. R. A Autonomia do

Paciente no Processo Terapêutico Interface, Comunicação, Saúde, Educação. v.11, n.21. 2007. p.65-78.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE/ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. Documento Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. Rio de Janeiro, julho de 2009. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. v. 6, n. 19, 2011. Disponível em:http://www.abem-educmed.org.br/ingles/pdf/atencao_primaria_caderno05.pdf. Acessado em: 09 de outubro de 2011.

SOCIEDADE ESPANHOLA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITÁRIA. Oficina Videogravacion como instrumento docente. XXI Congreso Nacional de Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial, Espanha, Logroño, 21 a 24 de abril de 2010.

STARFIELD, B. Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia. Brasília: UNESCO, - Ministério da Saúde, 2004, 726p.

STEWART, M; et al. The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pract. v. 49. n. 9. 2000. p. 796-804

STEWART, M.; et al. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1995

STOCK F. Percepção de estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina sobre o ensino-aprendizagem da relação médico-paciente antes e depois da reforma curricular. 57 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação em Medicina de Graduação em Medicina – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2009.

SUCUPIRA, A. C. S. L. Relações médico-paciente nas instituições de saúde brasileiras. Dissertação. Mestrado. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1981.

SUCUPIRA, A. C. A importância do Ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. Interface, Comunicação, Saúde, Educação. v 11, n 23. 2007. p. 619-35.

TAMBLYN, R; et al. Effect of a community oriented problem based learning curriculum on quality of primary care delivered by graduates: historical cohort comparison study. BMJ, 2005; 331:1002

TESSER, C. D. Epistemologia contemporânea e saúde: a luta pela verdade e as práticas terapêuticas. 414 Folhas. Tese. Doutorado em Medicina – Universidade de Campinas. Campinas, 2004.

TESSER, C. D. Três considerações sobre a "má medicina". *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*. v.13, n. 31. 2009. p. 273-286.

THISTLETHWAITE, J. *The Patient-Doctor Consultation in Primary Care*. Royal College of General Practitioner. London. 2006, 246p.

THOMPSON, B. M.; SCHENEIDER, V.; HAIDET, P.; LERINE, R. E.; MCMAHON, K. K.; PERKOWSKI, L. C.; RICHARDS, B. Team-based learning at ten medical schools: two years later. *Medical Education*. v. 41. 2007. p. 250–257

TRESOLINI, C. P.; PEW-PETZER Task Force. *Health Professions Education and relationship-Centered Care*. San Francisco: Pew Health Professions Commission; 1994.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Editora Atlas S.A., 1987.

TURINI B, MARTINS, N. D.; TAVARES, M. S.; NUNES, S. O. B.; SILVA, V. L. M.; THOMSON, Z. Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32. n. 2.2008. p. 264-270.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo, Hucitec, 1999.

VON FRAGSTEIN, M.; SILVERMAN, J.; CUSHING, A.; QUILLIGAN, S.; SALISBURY, H.; WISKIN, C. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Medical Education*. v. 42. 2008. p. 1100–1107.

WORLEY, P.; PRIDEAUX, D.; STRASSER, R.; MAGAREY, A.; MARCH, R. Empirical evidence for symbiosis medical education: a comparative analysis of community and tertiary-based programs. *Medical Education*. v. 40. 2006. p. 109-116

8. APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ALUNOS DO ÚLTIMO ANO DE MEDICINA

Nome: _____

Idade: Sexo: F () M ()

Local de Graduação: _____

Questões:

1. Qual é a importância da relação médico-paciente para você?
2. Como você acha que foi o ensino-aprendizagem das competências a respeito da relação médico-paciente na sua universidade e o que foi mais importante?
3. Quais foram os seus exemplos positivos e negativos (pessoas, professores ou situações)?
4. Quais disciplinas ou estágios você considera que ajudaram no aprendizado da relação médico-paciente e por quê? Dê exemplos.
5. Você considera que o que há no currículo formal da sua graduação foi o suficiente para o preparo para a sua prática da relação médico-paciente?
6. Você teve estágios fora do currículo oficial que foram importantes para o aprendizado da relação médico-paciente? Dê exemplos.
7. Você acha que o estágio em Atenção Primária contribuiu para o seu aprendizado da relação médico-paciente? Por quê? Dê exemplos.
8. Você vê diferença no aprendizado desta relação no ambiente da Atenção Primária e do hospital? Quais? Por quê? Dê exemplos.
9. Em que situações você sente dificuldade em relacionar-se com o paciente?
10. Que experiências de vida você considera importante para a aprendizagem da relação médico-paciente?

APÊNCICE B**Termo de Consentimento****Informações sobre a pesquisa**

Sou aluna do Mestrado do curso de Pós-graduação em Saúde Pública, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e estou desenvolvendo a pesquisa “**Análise do ensino/aprendizagem da comunicação médico-paciente por graduandos de Medicina**”, com o objetivo de estudar as dificuldades, reflexões e exemplos de relação médico-paciente aprendidos por alunos na Graduação de Medicina. Espera-se que este estudo contribua para uma reflexão crítica da Educação Médica, no que diz respeito ao aprendizado da relação médico-paciente e sua relação com a Atenção Primária à Saúde.

Será realizada uma entrevista semiestruturada, e peço permissão para gravá-la. Sua participação não trará riscos ou desconfortos, pois a identidade dos participantes não será divulgada, sendo totalmente preservada.

Se houver dúvida em relação ao estudo ou caso não queira mais fazer parte do estudo, basta entrar em contato comigo.

Os resultados serão publicados na forma de artigo científico.

Se estiver de acordo em participar, é garantida a confidencialidade da entrevista.

Consentimento pós-informação

Eu,, fui esclarecido(a) sobre a pesquisa “**Análise do ensino/aprendizagem da comunicação médico-paciente por graduandos de Medicina**”, realizada pela mestranda em Saúde Pública, Marcela Dohms, sob orientação do Prof. Charles Tesser, e concordo em participar da realização da pesquisa.

Cidade, de de

Assinatura:

RG:

Contatos: Marcela: marcela@dohms.com.br

Charles: charlestesser@ccs.ufsc.br

9. ARTIGO CIENTÍFICO

POTENCIALIDADES NO ENSINO- APRENDIZAGEM DA COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM UMA ESCOLA BRASILEIRA, ESPANHOLA E HOLANDESA

RESUMO

Está bem estabelecida a necessidade da inclusão do ensino da comunicação no currículo das escolas médicas de forma sistemática. Objetivo: conhecer a percepção de estudantes de medicina de três escolas médicas de países diferentes (Brasil, Espanha e Holanda) e as potencialidades de cada uma destas escolas sobre o processo de ensino-aprendizagem da comunicação médico-paciente. Método: estudo exploratório qualitativo, com estudantes do último ano de medicina, através de entrevista semiestruturada, observação direta e análise temática de conteúdo. No Brasil, foram utilizados dados secundários de pesquisa similar. Resultados: As principais potencialidades encontradas foram a aprendizagem por modelos, com pacientes simulados, o uso da videogravação e a Atenção Primária à Saúde (APS) como ambiente de ensino. Conclusão: Percebe-se que a associação dessas potencialidades no ensino, com inserção do estudante na APS desde o início do curso, inclusão de pacientes simulados e de videogravação podem maximizar a aprendizagem da comunicação-médico paciente.

Palavras-chave: relações médico-paciente; comunicação em saúde; educação médica

ABSTRACT

The need of the inclusion of communication skill in the curriculum of medical schools, in a systematic way, is well established. Objectives: to know the perception of undergraduate students of three medical schools from different countries (Brazil, Spain and Netherlands), and the potentialities of each of these schools in the process of teaching-learning the physician-patient communication. Methods: Qualitative exploratory study, with undergraduate students in the last year of medical course, through semi-structured interview and direct observation. Data analysis was carried out by thematic content analysis. Results: the main

potentialities found were learning with role models, simulated patient and video recording as well as in the Primary Health Care (PHC) teaching environment. Conclusions: It is perceived that the association of those potentialities in the teaching, with the insertion of the students in PHC since the beginning of the course and the inclusion of simulated patients and video recording can maximize the learning of the physician-patient communication.

Keywords: physician-patient relations; health communication; education, Medical

INTRODUÇÃO

O ensino da comunicação médico-paciente nas escolas médicas já é recomendado há mais de duas décadas em consensos e diretrizes internacionais e nacionais sobre educação médica, pois há evidências suficientes de que uma comunicação clínica adequada traz benefícios para o paciente e para o profissional, tornando mais efetivo o sistema de saúde (KURTZ et al, 2005; SIMPSON, 1991; GENERAL MEDICAL COUNCIL, 2001, ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGE, 1998; VON FRAGSTEIN et al, 2008).

Uma vez que as habilidades de comunicação são fundamentais para a prática efetiva do cuidado (DENT, 2009), seu ensino deve estar previsto no currículo formal, de forma sistemática, ao longo de toda a formação médica e deve abranger todas as interações que ocorrem durante o ensino-aprendizagem e de atenção à saúde, entre elas as interações entre colegas e outros profissionais envolvidos neste processo (SIMPSON, 1991; MAKOUL, 2001; VON FRAGSTEIN et al, 2008).

Todos podem melhorar suas habilidades para conduzir um atendimento com uma comunicação adequada com pacientes, mas para isso é preciso um modelo explícito do que deve ser realizado, assim como oportunidades de prática, observações e *feedback* (PENDLETON et al, 2007; GENERAL MEDICAL COUNCIL, 2001).

No Brasil, desde 2001, as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de Medicina orientam que a formação médica deve desenvolver no estudante a habilidade de se comunicar adequadamente com os pacientes, e também potencializar uma atitude reflexiva, ética e humanística, com capacidade para atuar em todos os níveis da atenção à saúde, visando atender às necessidades de saúde individuais e coletivas, com ênfase no SUS (Sistema Único de Saúde) (BRASIL, 2001).

Pesquisas mostram que técnicas semelhantes, levando em conta as diferenças culturais, podem ser usadas em diferentes países nos programas de comunicação na área da saúde, pois, geralmente, as similaridades das relações de cuidado entre diferentes países são maiores que as diferenças (KURTZ et al, 2005).

Entretanto, o ensino das habilidades de comunicação médico-paciente tem sido muito variado e há muito a ser aperfeiçoado. Para que possa ser realizado da melhor forma possível, é necessária a troca e a construção de conhecimentos sobre o que uma escola médica pode aprender com a outra.

Este artigo apresenta resultados de pesquisa que teve como objetivo analisar experiências e potencialidades de três escolas médicas em países diferentes, identificando possíveis contribuições ao desenvolvimento do ensino-aprendizagem da comunicação médico-paciente no Brasil.

Parte-se do pressuposto de que há relativo acordo entre os pesquisadores da relação médico-paciente sobre a necessidade de um conjunto de valores, conteúdos, concepções e habilidades a ser ensinado e aprendido pelos estudantes. Em consonância com os consensos internacionais sobre o tema (GENERAL MEDICAL COUNCIL, 2001, ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGE, 1998; VON FRAGSTEIN et al, 2008), trata-se de aumentar as relações empáticas, a capacidade de escuta, a horizontalidade das relações, o interesse pelas complexidades do universo vivencial do paciente com vistas a um cuidado integral e contextualizado, a busca de auto-conhecimento pessoal e profissional permanente, uma atitude pedagógica emancipadora e empoderadora, permeada de pluralidade cultural, com vistas a construção de relações pessoais, sociais e políticas mais solidárias, comunicativas, transparentes e democratizadas (FREIRE, 1996; AYRES, 2004).

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo exploratório qualitativo com o objetivo de analisar experiências e potencialidades no ensino-aprendizagem da comunicação médico-paciente, envolvendo três escolas médicas em países diferentes, a partir das experiências dos estudantes do último ano de medicina. Estes podem ser considerados, sem dúvida, informantes privilegiados quanto ao tema, embora não o esgotem. Buscou-se compreender a percepção dos estudantes sobre sua vivência,

contextualizada em seus currículos. As escolas médicas selecionadas foram a da UFSC, a da Universidade Rovira i Virgili, na Espanha, e a da Universidade Radboud, na Holanda.

A escola brasileira não tem um ensino de habilidades de comunicação médico-paciente estruturado. Foi escolhida por conveniência e por ter dados disponíveis sobre o tema. A seleção da escola espanhola foi realizada pela oportunidade de realização da pesquisa nesta escola, pela similaridade do Sistema de Saúde deste país com o Brasil e pelo fato desta escola ter inovações no ensino das habilidades de comunicação. A Holanda foi selecionada por ser este país e esta escola uma referência importante na elaboração dos consensos sobre habilidades de comunicação e pela oportunidade de contato com profissionais na escola estudada.

Para coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas. A entrevista é bastante adequada para obtenção de informações a respeito do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, e suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes (MINAYO, 1994). As entrevistas tiveram como questões norteadoras o significado da relação médico paciente e a percepção dos estudantes sobre o ensino-aprendizagem da relação médico-paciente nestas escolas.

Foram entrevistados 21 estudantes de medicina do último ano da universidade espanhola, seguindo critérios de saturação de dados (FONTANELLA, RICAS, TURATO, 2008). Na Holanda, o objetivo foi focar nos diferenciais do currículo de comunicação observados em relação às outras duas escolas, com complementação de dados através entrevistas com alguns estudantes que estavam presentes nos locais de ensino visitados, e entrevistas informais abertas dirigidas com informantes locais (um docente Médico de Família e Comunidade, que era o contato na instituição, e o coordenador do Departamento de Atenção Primária à Saúde). O roteiro de entrevista usado foi similar ao da Espanha, com dez questões abertas sobre percepções a respeito do ensino da relação médico-paciente.

Na escola espanhola e holandesa, também foi utilizada a observação direta e estudo bibliográfico dirigido. Na escola brasileira, foram utilizados dados secundários de pesquisa já realizada com 25 alunos de 50 alunos do último ano do curso de medicina selecionados aleatoriamente por sorteio (STOCK, 2009). Para tratamento dos dados foi realizada análise temática de conteúdo, com codificação inicial e

categorização posterior, buscando-se abordar os temas emergentes (BARDIN, 2002).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (CEP-UFSC), com Folha de Rosto número 293503, com aprovação de adendo posterior para a coleta de dados fora do país. Na realização da entrevista foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado traduzido para o inglês e espanhol pela pesquisadora e preenchido pelos participantes da pesquisa. Os nomes dos sujeitos foram ocultados de modo a preservar sua identidade, usando a sigla B para especificar estudantes do Brasil, E da Espanha e H para Holanda.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os entrevistados foram unânimes na consideração da importância da relação médico-paciente para uma consulta médica efetiva. Já na análise dos currículos foram constatadas diferenças na ênfase dada ao ensino da comunicação médico-paciente. As três escolas médicas apresentaram diferenças e potencialidades que podem trazer contribuições ao ensino-aprendizagem da comunicação médico-paciente, as quais foram agrupadas quanto aos cenários de práticas e estratégias ou recursos pedagógicos.

Atenção Primária à Saúde (APS) como ambiente de ensino da comunicação médico-paciente

O contato com a realidade da comunidade através do estágio na APS foi uma potencialidade identificada como importante em relação ao ambiente de ensino nas três escolas. Na escola brasileira, desde o primeiro ano os estudantes vão para a APS, tendo um contato longitudinal, regular e continuado durante todos os anos do currículo. Mesmo a formação não sendo de forma tão contínua nos outros países, quando os alunos entram em contato com a APS, eles valorizam esse cenário de aprendizagem. Nas três escolas os estudantes percebem que a possibilidade do desenvolvimento de vínculos com a comunidade e da abordagem familiar, favorece uma boa comunicação com o paciente. Um diferencial na escola holandesa é que as aulas teóricas dos primeiros anos são baseadas na APS. Há um Departamento de Atenção Primária na faculdade há cerca de 30 anos e as aulas teóricas são preparadas em conjunto com as especialidades.

Na percepção dos alunos brasileiros, a vivência na APS demonstrou ser um campo de prática propício para o avanço no desenvolvimento do ensino-aprendizagem da relação médico-paciente (GROSSEMAN, STOLL, 2008; STOCK, 2009), o que vai ao encontro de outros estudos brasileiros (FERREIRA; FIORINI; CRIVELARO, 2010). Os estudantes perceberam que quando vão precocemente à comunidade, têm mais tempo para dialogar com o paciente, favorecendo o desenvolvimento de habilidades de comunicação (GROSSEMAN, STOLL, 2008). Eles relataram que a APS é o ambiente onde têm mais tempo e se sentem mais à vontade para dialogar com as pessoas, ajudando na superação de barreiras relacionadas à timidez inicial na comunicação (STOCK, 2009, p. 30).

“Aprendi (comunicação médico-paciente) principalmente no Posto de Saúde, porque é o lugar onde se tem mais tempo pra sentar e conversar, você conhece toda a família e isso deixa um ambiente mais favorável para ter uma boa relação com o paciente.” (B2)

Os alunos observaram diferenças na comunicação médico-paciente no ambiente hospitalar e na APS. Referiram haver na APS uma relação melhor, por haver mais frequentemente demonstração de afeto, cordialidade e confiança, e relacionaram isso ao vínculo que se cria com o atendimento longitudinal, com o acompanhamento de um mesmo grupo de pessoas por longo tempo. Perceberam diferença com o atendimento no hospital, em que os atendimentos são mais breves e pontuais, e observaram como mais distantes.

“Na APS as pessoas estão muitos anos com o mesmo médico e sim que havia muito mais amizade, e por assim dizer carinho, de uma certa maneira. E então sim que aí se vê muito mais que no hospital.” (E7)

Perceberam que quanto mais conhecem do paciente, da sua família e contexto, mais fácil é ter uma boa relação médico-paciente:

“Aqui na (APS) você conhece as pessoas há mais tempo, de maneira diferente, conhece a família, como eles vivem, problemas em casa e sabe mais sobre os pacientes. Aqui (APS), frequentemente a comunicação é melhor que no hospital... Eles (os médicos de família) conhecem muito bem o paciente e o paciente conhece o médico há 10 anos, por exemplo, então se tem filhos, como as crianças vão indo... é mais familiar, mais uma

unidade, não é só uma pessoa com dor de cabeça, como às vezes num neurologista. É por isso que eu acho que a APS é diferente do hospital, onde geralmente é mais distante. Eu acho que aqui é melhor porque conhece todos ao redor e você sabe mais sobre as pessoas.” (H1)

Alguns alunos notaram que no hospital é mais comum os médicos fornecerem menos informações aos pacientes, que na APS:

“Uma reclamação que os pacientes sempre fazem no hospital é que lhes falta informação. É que ninguém lhes diz nada. Em Atenção Primária isso nunca ocorreu. No hospital perguntam ‘Você que está com o médico? Pode me dizer o que está acontecendo?’” (E2).

Essas constatações são previsíveis, uma vez que a APS é um espaço privilegiado para o ensino-aprendizagem da comunicação médico-paciente devido aos seus atributos de local de cuidado clínico longitudinal e de coordenação desse cuidado em uma coorte de pessoas, independente da natureza de seus problemas de saúde, de modo interdisciplinar e integrando promoção de saúde e prevenção de doenças com o cuidado clínico ao adoecimento, de modo acessível, com adequação cultural, abordagem familiar e comunitária (STARFIELD, 2004).

Conforme Starfield (2002), a APS no Brasil é o *locus* de cuidado estratégico do Sistema Único de Saúde para a sua completa constituição e implantação, tornando-se assim um cenário prioritário de ensino e pesquisa em habilidades de comunicação. A APS é o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde, é a primeira tentativa de um profissional entender os pacientes e ajudá-los a entenderem seus sintomas e melhorarem sua própria capacidade de lidar com os problemas, o que geralmente não requer muita tecnologia médica dura (PENDLETON et al, 2007; MERHY, FRANCO, 2003).

Além disso, é difícil entender o paciente sem ter conhecimento da sua vida e trabalho e de seu contexto cultural e social (PENDLETON et al, 2007). Assim, a vivência de um estudante na APS traz a possibilidade de conhecer a pessoa num sentido amplo, aprender um cuidado integral e longitudinal, através do conhecimento da realidade e modo de vida das pessoas que vivem numa determinada comunidade.

Reiterando esse achado, um estudo de coorte histórica, realizado no Canadá, comparando uma escola com ensino baseado em problemas da comunidade com outras três escolas de ensino tradicional mostrou que a transição para um ensino baseado em problemas da

comunidade foi associado com a melhora do cuidado integral, sem um declínio no diagnóstico e manejo. Os médicos graduados em escolas médicas tradicionais no mesmo período não exibiram a mesma melhora na performance (TAMBLYN et al, 2005).

Starfield (2004) concluiu em seus estudos que é necessária a reestruturação dos sistemas de saúde e das interações profissional-paciente para trazê-los para uma relação mais próxima com outros sistemas sociais, no contexto da atenção à saúde de populações, para tornar a atenção médica mais efetiva e equitativa na prevenção, cuidado e cura das doenças e na promoção da saúde.

Assim, práticas no contexto da APS, durante todo curso têm demonstrado ser muito importante para a formação médica mais voltada às necessidades reais da população. É na ida à comunidade na APS que o aluno tem a possibilidade de aprender com a realidade, sair das fronteiras da universidade e do hospital, entrar na vida das pessoas e conhecer seu contexto sócio-cultural, o que é fundamental para o entendimento do paciente (PENDLETON et al, 2007; WORLEY, 2006).

Alguns estudantes observaram que essas diferenças são favorecidas pelo ambiente, mas, não necessariamente, determinadas por ele. Entendem que APS pode favorecer o desenvolvimento de modelos positivos de comunicação médico-paciente, mas as características dos profissionais que os supervisionam interferem diretamente no tipo de relação clínica, que pode ser positivo ou negativo, tanto na APS como no hospital. Esses estudantes realçaram a potência do ensino através de modelos em todos os cenários, como pode ser visto a seguir.

Aprendizagem da comunicação médico-paciente por modelos

Os estudantes de todas as escolas mencionaram a importância dos modelos para a aprendizagem da relação médico-paciente. Enquanto as atitudes consideradas adequadas são incorporadas pelos estudantes, as negativas são identificadas como atitudes que devem ser evitadas (STOCK, 2009, p. 30):

“Principalmente no dia a dia, quando a gente vê uma situação e então a gente pensa: “não, não é assim que eu gostaria de ser, ou, é assim que eu gostaria de conduzir” (B13)

Na escola holandesa, foi relatado que a maioria dos professores atuam como modelo positivo na comunicação médico-paciente e que

quando há um modelo negativo, esse modelo é facilmente identificado e criticado.

“Por exemplo, se vemos um médico tratando uma pessoa idosa de maneira rude, comentamos entre nós que não deveria tratar assim. Mas isso não é muito comum, vemos mais com os médicos antigos” (H2).

Talvez isso ocorra pelo diferencial derivado do ensino de um currículo de comunicação bem estruturado ao longo do curso. Modelos podem ter um profundo efeito na aprendizagem de atitudes (SIEGLER, 1987; FICKLIN, 1988). Na medicina, a aprendizagem por modelos foi provavelmente a mais importante, senão única, forma geral de aprendizado, antes da institucionalização do ensino médico nas academias, que o separou do ambiente de prática social do cuidado médico (LAMPERT, 2009).

No estudo realizado na escola brasileira, Grossemann e Stoll (2008) relata que as interações entre docente e discente que ocorrem no processo de ensino médico transmitem mensagens, muitas vezes, ambíguas, relacionadas ao relacionamento médico-paciente.

Sabe-se que, além do currículo formal, normas e valores diversos são veiculados por diferentes atores sociais que entram em contato com o estudante, o que se constitui como um currículo oculto (HAFFERTY, 1994; LEMPP, 2004). A maneira como o professor ensina e relaciona-se com os estudantes já é um modo de formação. O tipo de interação entre professor e estudante influencia o aprendizado e por isso é importante a construção e exercício de relações de parceria. Nesse sentido, o ensino centrado no aprendiz reforça e induz o ensino da consulta centrada no paciente, o que melhora a comunicação. A tomada de decisão compartilhada na consulta precisa ter modelos no relacionamento entre professor e aprendiz. A responsabilidade do professor é demonstrar na prática cotidiana as lições que deseja que o aluno aprenda (PENDLETON et al, 2007).

Inconsistências entre o que se aprende na sala de aula e o que se vê na prática, com mensagens divergentes, podem levar os estudantes a desvalorizar a relação médico-paciente e a concluir que as habilidades de comunicação não são relevantes no seu cuidado (GROSSEMAN, STOLL, 2008; HAIDET, 2006).

A possibilidade e a proliferação de bons modelos para os alunos está relacionada ao ambiente do ensino-aprendizagem. O ambiente hospitalar (especialmente das enfermarias) parece não ser o ambiente mais propício como único recurso para o ensino-aprendizagem da

comunicação médico-paciente. Isso é compreensível devido à subcultura do ambiente hospitalar, mais autoritária, devido ao alto grau de controle aceito e legitimado que os médicos exercem sobre os doentes e pelas características dos adoecimentos ali presentes (TESSER, CUNHA, 2005). Os ambientes ambulatoriais e particularmente a APS, como anteriormente discutido, foi relatado como ambiente que facilita a oferta de bons modelos.

Segundo Kuhn (1987, 1989), a aprendizagem por semelhança é também uma forma fundamental de iniciação na atividade científica, inculcadora das práticas de resolução de problemas de qualquer paradigma científico. Na acepção de Fleck (2010), a conformação da percepção e das práticas na iniciação em um estilo de pensamento ocorre da mesma forma. A atividade clínica não é uma atividade científica, mas é cada vez mais influenciada por ela e o uso do termo paradigma foi estendido para a medicina. Assim, fala-se com propriedade em paradigma flexneriano e seus problemas (LAMPERT, 2009). Logo, a oferta de bons modelos a serem inspiradores dos estudantes é uma estratégia fundamental de ensino-aprendizagem da comunicação médico-paciente (assim como de outras habilidades clínicas). Conforme Tesser (2008), isso também ajuda a compreender porque a APS tem se mostrado ambiente necessário e propício para esse ensino.

Aprendizagem da comunicação médico-paciente por meio de pacientes simulados

Como estratégias de ensino estruturadas, na escola brasileira estudada foram relatadas apenas aulas teóricas pontuais e algumas aulas práticas de Semiologia (STOCK, 2009). Na escola espanhola, além de aulas teóricas há o treinamento com pacientes simulados instrutores, que são usados também na Holanda.

A prática com pacientes simulados que fornecem *feedback* após a simulação, foi enfatizado pela maioria dos alunos entrevistados na escola espanhola. Esse treinamento é realizado nos três últimos anos, no Laboratório de Comunicação, e relatado como importante para o aprendizado da comunicação médico-paciente:

“Temos isso dos pacientes simulados que ajudam muitíssimo, te ensinam o que melhorar, o que fazes bem o que fazes mal... E temos a sorte de começar no terceiro ano e então no sexto estamos tranquilos” (E5)

Alguns alunos entenderam que o treinamento com simulação é essencial e que *“ajuda muito receber um feedback de como alguém te vê como médico”* (E7). Disseram que gostam de saber o que estão fazendo bem e de receber sugestões de como podem melhorar suas habilidades de comunicação. Perceberam que com o treinamento sentem-se progressivamente mais seguros para relacionar-se com os pacientes. Os pacientes simulados nessa escola são voluntários, pessoas treinadas para isso e que recebem um valor por horas de trabalho.

Na escola holandesa também existe o treino de habilidades de comunicação com pacientes simulados e ocorre a cada novo módulo, em cada incorporação de uma nova disciplina, transversalmente a todo o currículo. Por exemplo, ao iniciarem Neurologia, os estudantes treinam o exame neurológico com pacientes simulados e já trabalham a comunicação junto. Há um tutor, médico de família ou psicólogo, que observa e dá um *feedback* em grupos pequenos. Ou pode ser o próprio paciente que dá o *feedback* individualmente.

Alunos da escola holandesa consideraram que os pacientes simulados ajudam a aprender a fazer perguntas que facilitem a fala do paciente, ajudam a ser mais empático e em como melhorar a relação de confiança.

“Você tem que fazer a pergunta certa para ter mais informações e também aprender não só o que você tem que perguntar, mas perguntar bem, com as palavras mais empáticas, para que o paciente confie em você, no que você está explicando” (H1).

Facilita muito praticar uma situação em simulação antes de enfrentá-la diretamente com o paciente. Foi relatado que a reflexão em pequenos grupos estimula a auto-percepção. Disseram que os pacientes simulados auxiliam em como fazer os pacientes perceberem que estão sendo ouvidos, em como perguntar da melhor maneira, praticando o uso de questões abertas.

“Treinamos como fazer os pacientes saberem que estamos ouvindo, que tipo de questão perguntar, mais aberta possível e como fazê-los perceber que você pode relacionar com os problemas deles (também nos aspectos sociais).” (H2)

Os estudantes valorizaram poder praticar a simulação a cada incorporação de conteúdos para melhorar suas habilidades de comunicação. Percebem que os pacientes simulados ajudam a conseguir relacionar os problemas físicos dos pacientes com os problemas sociais e fazê-los perceber essas relações:

“A maior parte do tempo temos pacientes simulados. Eles ensinam a refletir como você fez. E isto é a coisa mais importante, claro, é como aprendemos.” (H1).

Ressaltaram que é especialmente importante para aprender como dar más notícias para o paciente e como isso reflete nas suas próprias emoções.

Pacientes simulados têm sido usados com sucesso no ensino de comunicação desde a década de 1960 (KURTZ et al 2005; MAGUIRE, 1976). Algumas escolas no Brasil também já utilizam.

A simulação de pacientes oferece a oportunidade de experimentar e aprender em um ambiente seguro, sem a possibilidade de prejudicar pacientes reais. As simulações podem ser padronizadas, com reprodução de mesmos papéis específicos para todos os estudantes, improvisadas, ou personalizadas de acordo com a dificuldade individual. Possibilitam ainda refazer uma situação de dificuldade. Podem ocorrer em situações programadas ou entre pacientes reais. Pesquisas mostraram que estudantes, residentes e médicos não conseguem distinguir pacientes reais de pacientes simulados bem treinados (KURTZ et al, 2005).

“Os pacientes simulados podem nos dar feedback em como eles se sentiram com a maneira que fizemos” (H2).

Esse sistema de ensino de simulação de pacientes proporciona excelente treinamento para os alunos identificarem e refletirem sobre as especificidades da relação com os pacientes (SUCUPIRA, 2007), até mesmo para a prática da longitudinalidade (LINSSEN; DALEN; RETHANS, 2007). KURTZ et al (2005), baseado em vários estudos, concluiu que seu uso demonstrou ser efetivo, confiável e aceitável pelo estudantes.

Aprendizagem da comunicação médico-paciente por videogravação com *feedback*

O recurso da videogravação com *feedback* como estratégia para o ensino sistematizado, além do uso de pacientes simulados, ajuda muito no aprendizado da comunicação médico-paciente, na percepção dos alunos da escola médica holandesa.

Relataram que o *feedback* do tutor e dos colegas facilita lidar com as situações cotidianas e que participar de um grupo assistindo um colega ajuda no seu próprio aprendizado:

“com vídeo câmera, você depois se vê e reconhece que tem às vezes uma má relação médico-paciente ... Para mim é importante aprender como eu posso fazer isso melhor... É muito importante reconhecer que você fez algo... e aprender a reconhecer que as vezes eu reflito nos pacientes” (H1).

Relatam que a videogravação pode ser de simulações periódicas que são posteriormente revistas junto com um psicólogo ou médico e outros estudantes em um grupo pequeno, para discutir o que foi bom ou ruim e como lidar melhor com essas situações.

Sabe-se que, além de conteúdos teóricos, é preciso que ocorra na prática a observação de consultas realizadas pelos alunos, tanto diretamente como por videogravações. As filmagens permitem aos alunos reverem seus comportamentos e atitudes, possibilitando a discussão do significado de cada postura assumida (SUCUPIRA, 2007). Maguire et al (1986) encontraram superioridade evidente nos profissionais treinados com a técnica de “vídeo-feedback interativa” frente à técnica convencional. Vários trabalhos posteriores têm confirmado a importância dessa técnica para o sucesso no ensino das habilidades de comunicação (DE MARCO et al, 2010).

A auto-observação possibilita ver a si mesmo, ver o que exatamente se está fazendo e onde é possível melhorar. E o uso do vídeo com *feedback* por outras pessoas oferece muitas vantagens em relação à observação solo (BECKMAN,1994). Além disso, a gravação em vídeo possibilita a observação e o *feedback* da comunicação não-verbal que são perdidos em outras modalidades de ensino. Não há dúvidas de que o uso de gravação em vídeo representa o padrão-ouro no ensino de comunicação (KURTZ et al, 2005).

Apesar das evidências favoráveis, poucos programas de treinamento para a entrevista médica utilizando esse formato têm sido implementados no Brasil e em outros países. Isto tem sido creditado, parcialmente, ao fato de esse formato ser considerado estressante, tanto por alunos como por professores (NIELSEN, 2005). Entretanto, em países como Reino Unido e Holanda, a maioria das escolas médicas usa sistematicamente uma combinação de ensino em pequenos grupos, dramatizações com pacientes simulados e *feedback* com gravações em vídeo, com resultados satisfatórios (PENDLETON et al, 2007), seguindo as recomendações do último consenso inglês a respeito do currículo de comunicação na graduação médica (VON FRAGSTEIN et al, 2008).

No Brasil, já há algumas experiências com a técnica de “Problem Based Interview” (LESSER, 1985), com residentes de Medicina de Família e como educação permanente para um grupo de médicos da APS em Florianópolis (BORRELL; DOHMS; FONTCUBERTA, 2012). Sabe-se que também há experiências com simulação e videogravação na graduação de Medicina e em outras residências médica (BALLESTER, 2009; DE MARCO et al, 2010), mas não há uma sistematização para todas as universidades.

Como se pode notar, as escolas brasileiras no geral não têm um ensino estruturado, apresentam iniciativas ainda tímidas e precisam estruturar melhor suas estratégias. Nesse sentido, muito podemos aprender através da percepção dos estudantes e com o exemplo de experiências internacionais, como as citadas da Holanda e Espanha.

Sucupira (2007) ressalta a importância de se considerar no ensino das habilidades de comunicação todos os determinantes envolvidos na relação e alerta para o risco de se reduzir o caráter da relação clínica a uma simples técnica ou procedimento aprendido por protocolos sem considerar fatores tais como o contexto em que ela ocorre e as inserções sociais dos atores envolvidos.

CONCLUSÃO

Podemos perceber muitos pontos em comum em relação ao ensino aprendizagem da comunicação médico-paciente. Cada escola estudada tem potencialidades que podem contribuir para a melhora do ensino das habilidades de comunicação em outras escolas.

Além do aprendizado por modelos, forma natural de apreensão das atitudes a serem assumidas na relação médico-paciente, a imersão no contexto da APS ao longo do currículo contribui para o aprendizado da interação médico-paciente e com a equipe interdisciplinar. Porém, o ensino sistemático de habilidades de comunicação também deve ser inserido para que se potencialize o ensino-aprendizado da relação. É necessário também ensinar como lidar com pacientes e suas famílias em situações sensíveis, em diversos contextos e faixas etárias, em práticas supervisionadas através de observações e *feedback*, em simulações ou videogravações, como observado na Espanha e Holanda.

No Brasil, apesar de algumas escolas apresentarem ganhos importantes no tema (TURINI et al, 2008; DE MARCO et al, 2010; BALLESTER, 2009), há poucas publicações, comparativamente à literatura internacional. Apesar de várias escolas terem pacientes

simulados, ainda há escolas no Brasil, como a investigada, em que não há um currículo de comunicação inserido no currículo formal.

As diretrizes curriculares relacionadas à comunicação médico-paciente, apesar de significarem um avanço importante para a educação médica brasileira, ainda são seguidas de maneira não sistemática e se dá predominantemente por modelos na escola brasileira estudada e também em outras escolas médicas brasileiras. O desafio é que todas as escolas médicas tenham um programa curricular de comunicação médico-paciente que possa unir todas essas potencialidades: o estudante exposto desde o primeiro ano ao trabalho interdisciplinar e na comunidade, o ensino sistematizado da comunicação médico-paciente através de treinamento com pacientes simulados e videogravação, com flexibilidade para adaptar-se às necessidades de cada estudante.

É importante que os formadores tenham a oportunidade de aperfeiçoamento nas habilidades de comunicação para que possam facilitar a aprendizagem. É preciso também criar programas de desenvolvimento para preparar os docentes para o ensino-aprendizado das habilidades de comunicação em todos os níveis de formação, sensibilizar diretores de programas e administradores da importância de desenvolver excelentes programas de comunicação dentro das suas instituições e aumentar a formação de facilitadores e professores neste tema tão importante para a formação de bons médicos para um sistema de saúde universal.

Por último, é fundamental que o ensino de habilidades de comunicação não seja visto apenas como técnicas a serem aplicadas, mas sim como possibilidades de melhorar a comunicação significativamente, levando em consideração os diversos determinantes da situação e do processo saúde-doença do paciente, assim como o ambiente em que a comunicação ocorre. Para o estudante, a forma com que ele é tratado pelo professor é um dos primeiros processos de aprender a se relacionar. Valores como cidadania e respeito permeiam (ou não) as relações interpessoais.

Assim, deve-se buscar a construção de um ambiente de ensino com relacionamentos dialógicos e reflexivos com o professor, com a comunidade e com a equipe. Também há que ter sensibilidade para relacionar-se de forma interdisciplinar e resistir às pressões laborais que podem induzir a indiferença e distanciamento humano e afetivo. Tarefas complexas, mas de grande potencial para a melhoria das relações na formação médica.

Referências Bibliográficas

- AYRES, J. R. C. M. 2004. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v.8, n. 14. 2004. p. 73-92.
- ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGE. Learning Objectives for Medical Student Education. Guidelines for medical Schools. AAMC. Whashington. 1998.
- BALLESTER, D. Ensino do residente de pediatria em um ambulatório geral: análise da consulta. 245 folhas. Tese. Doutorado em Medicina – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Pediatria. São Paulo, 2009
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002. 269p
- BECKMAN, H. B.; FRANKEL, R. M. The use of videotape in internal medicine training. *J Gen Intern Med*. n. 101. 1994. p. 692-6
- BORREL, F.; DOHMS, M. C.; FONTCUBERTA, J. M. B. Utilização da filmagem de consultas para o aprendizado. In: GUSSO, G. D.; LOPES, J. M. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre, Artmed, 2012 [no prelo].
- BRASIL, 2001. Resolução Conselho Nacional de Ensino /Câmara de Ensino Superior Nº 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001. <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf> (acessado em 18/09/09).
- CUNHA, G.T. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec, 2005.
- DE MARCO, M. A.; VESSONI, A. L.; CAPELO, A.; DIAS, C. C. Laboratório de comunicação: ampliando as habilidades do estudante de medicina para a prática da entrevista. *Interface, Comunicação Saúde Educação*. v.14, n.32. 2010. p. 217-27.
- DENT, J. A. HARDEN, H. *A Practical Guide for Medical Teachers*. 3º. ed.. Toronto: Elsevier, 2009.
- FERREIRA, R. C.; FIORINI, V. M. L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 34. n. 2. 2010. p. 207-215.
- FICKLIN FL. Faculty and housestaff members as role models. *J Med Educ*. v. 63, 1988 392-6.

- FLECK, L.. Gênese e desenvolvimento de um fato científico. Belo Horizonte: Fabrefactun, 2010.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cadernos d. Saúde Pública. v. .24. n.1. 2008. p. 17-27.
- FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996, 148p.
- GENERAL MEDICAL COUNCIL. Good Medical Practice. London: GMC, 2001. 48p
- GROSSEMAN, S.; STOLL C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente. Estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. Revista Brasileira de Educação Médica v. 32. n. 3. 2008. p. 301-308.
- HAFFERTY, F. W.; FRANKS, R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. Acad Med. v. 69.1994. p. 861-71.
- HAIDET, P.; STEIN, H. F. The Role of the Student-Teacher Relationship in the Formation of Physicians. J Gen Intern Med. v. 21. 2006. p. 16-20.
- KUHN, T. S. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- KUHN, T. S. A tensão essencial. Lisboa: Edições 70, 1989.
- KURTZ, S.; SILVERMAN, J.; DRAPER, J. Teaching and learning Communication Skills in Medicine. 2nd ed. Oxford, UK: Radcliffe Medical Press, UK, 2005, 369p
- LAMPERT, J. B. Tendências de mudança na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. 2^a ed. São Paulo: Hucitec, 2009. 369p.
- LEMPH, H.; SEALE, C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. BMJ. v. 239. 2004. p. 770-3
- LESSER, A. L. Problem-Based interviewing in general practice: a different training approach. Med Educ 1985; 19: 299-304.
- LINSSEN, T.; DALEN, J. V.; RETHANS, J. J. Simulating the longitudinal doctor-patient relationship: experiences of simulated patients in successive consultations. Medical Education. v. 41. 2007. p. 873-878
- MAGUIRE, P. The use of patient simulation in training medical students in history-taking skills. Med Biol Illus, v. 26. 1976. p. 91-5.

- MAKOUL, G. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: the Kalamazoo Consensus Statement. *Acad Med.* v. 76. 2001. p. 390-393.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. *Saúde em Debate.* v. 27. n. 65. 2003.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 2004. 269p
- NILSEN, S.; BAERHEIM, A. Feedback on video recorded consultations in medical teaching: why students loathe and love it - a focus-group based qualitative study. *Bio Med Central Med. Educ.*, v.5. 2005. p.28
- PENDLETON, D.; SCHOFIELD, T.; TATE P.; HAVELOCK, P. The new Consultation: developing doctor-patient communication. Oxford , 2007, 143p.
- SIEGLER, M.; REAVEN, N.; LIPINSKI, R.; STOCKING, C. Effect of role-model clinicians on student's attitudes in a second-year course on introduction to the patient. *Fam Med.* v. 28. 1987. p. 103-6.
- SIMPSON, M. et al. Doctor-patient communication: The Toronto consensus statement. *British Medical Journal*, v. 303. 1991. p. 1385-1387.
- STARFIELD, B. Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004, 726p.
- STOCK, F. Percepção de estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina sobre o ensino-aprendizagem da relação médico-paciente antes e depois da reforma curricular. 57 folhas. Trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Medicina. UFSC, 2009.
- SUCUPIRA, A. C. A importância do Ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação.* v 11, n 23. 2007. p. 619-35.
- TAMBLYN, R.; ET AL. Effect of a community oriented problem based learning curriculum on quality of primary care delivered by graduates: historical cohort comparison study. *BMJ*, oct 2005; 331:1002
- TESSER, C. D. Contribuições da Epistemologia de Kuhn e Fleck para reforma do ensino médico. *Revista Brasileira de Educação Médica.* v.

32. n. a. 2008. p. 98-104.

TESSER, C. D. Três considerações sobre a "má medicina". *Interface – comunic, saúde, educ.*, vol.13, n.31, p.273-286, 2009.

TURINI, B. et al. Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*. v. 32. n. 2. 2008. p. 264-270.

VON FRAGSTEIN, M.; SILVERMAN, J.; CUSHING, A.; QUILLIGAN, S.; SALISBURY, H.; WISKIN, C. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Medical Education*. v. 42. 2008. p. 1100–1107.

WORLEY, P.; PRIDEAUX, D.; STRASSER, R.; MAGAREY, A.; MARCH, R. Empirical evidence for symbiosis medical education: a comparative analysis of community and tertiary-based programs. *Medical Education*. v. 40. 2006. p. 109-116.